

Quatrième rapport annuel sur

L'AIDE MÉDICALE À MOURIR AU CANADA 2022



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:

Fourth Annual Report on Medical Assistance in Dying (MAID) in Canada 2022

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 le Roi du Chef du Canada, représenté par le ministre de la Santé, 2023

Date de publication : octobre 2023

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. : 230213

Table of Contents

Faits saillants	5
Message du ministre	9
Introduction.....	11
1.0 L'évolution de la législation fédérale sur l'aide médicale à mourir.....	12
1.1 Modifications de la Loi sur l'aide médicale à mourir	12
Tableau 1.1 : <i>Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)</i> : critères d'admissibilité révisés.....	13
Tableau 1.2 : <i>Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)</i> : mesures de protection révisées	14
1.2 Nouveau règlement et régime de surveillance.....	15
Tableau 1.3 : Résumé des exigences nouvelles ou modifiées en matière de production de rapports en vertu du <i>Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir modifié</i>	16
1.3 Exigences de la législation.....	16
1.4 Soutien à la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir dans l'ensemble du Canada.....	18
2.0 Méthodologie et limites	20
2.1 Collecte de données en vertu de la réglementation fédérale.....	20
2.2 Notes méthodologiques	20
2.3 Limites des données.....	21
3.0 Administration de l'aide médicale à mourir au Canada	22
3.1 Nombre de décès attribuables à l'aide médicale à mourir déclarés au Canada (2016 à 2022).....	22
Graphique 3.1 : Nombre total de décès attribuables à l'aide médicale à mourir au Canada, 2016 à 2022.....	22
Tableau 3.1 : Total des décès attribuables à l'aide médicale à mourir déclarés au Canada par administration, 2016 à 2022.....	23
3.2 Décès attribuables à l'aide médicale à mourir par rapport au nombre total de décès au Canada.....	24
Graphique 3.2 : Pourcentage du total des décès attribuables à l'aide médicale à mourir par administration, 2019 à 2022	25
4.0 Profil des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir.....	26
4.1 Affections médicales sous-jacentes des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir	26
Graphique 4.1A : Aide médicale à mourir par affection principale, 2022.....	27
Graphique 4.1B : Aide médicale à mourir par type de cancer, 2022	28
Graphique 4.1C : Aide médicale à mourir par trouble neurologique, 2021–2022	29
Graphique 4.1D : Aide médicale à mourir par autre affection ou comorbidités multiples, 2022	31
Graphique 4.1E : Affection principale par catégorie d'âge, 2022	32
4.2 Sexe, âge moyen et tranche d'âge des personnes ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir	33
Graphique 4.2 : Aide médicale à mourir par catégorie d'âge, 2022.....	34
4.3 Nature de la souffrance des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir.....	35
Graphique 4.3 : Nature de la souffrance des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir, 2022	35
4.4 Services de soins palliatifs et de soutien aux personnes handicapées	36
Tableau 4.4 : Bénéficiaires de l'aide médicale à mourir ayant reçu des services de soins palliatifs et de soutien aux personnes handicapées, 2022.....	37
4.5 Profil des personnes bénéficiant de l'aide médicale à mourir et dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible.....	38
Graphique 4.5A : Affection principale : Aide médicale à mourir, mort naturelle non raisonnablement prévisible, 2022.....	39
Graphique 4.5B : Aide médicale à mourir par catégorie d'âge : mort naturelle raisonnablement prévisible par rapport à mort naturelle non raisonnablement prévisible, 2022.....	41

5.0	Prestation de l'aide médicale à mourir	43
5.1	Décès attribuables à l'aide médicale à mourir selon le milieu	43
	Graphique 5.1 : Décès attribuables à l'aide médicale à mourir selon le milieu, 2019 à 2022	44
5.2	Situation géographique de l'aide médicale à mourir : milieux urbains et ruraux.....	44
	Graphique 5.2 : Décès attribuables à l'aide médicale à mourir : région urbaine et région rurale, 2022	45
5.3	Nombre de praticiens uniques de l'aide médicale à mourir et fréquence de la prestation de cette aide	46
	Graphique 5.3 : Praticiens uniques de l'aide médicale à mourir au Canada et fréquence de l'administration, 2019 à 2022.....	47
5.4	Spécialité des praticiens qui administrent l'aide médicale à mourir.....	48
	Graphique 5.4 : Spécialité des praticiens ayant administré l'aide médicale à mourir, 2022.....	48
6.0	Mesures de protection et données supplémentaires	49
6.1	Origine de la demande écrite d'aide médicale à mourir	50
	Graphique 6.1 : Origine de la demande écrite, 2022	51
6.2	Détermination du caractère volontaire de la demande du patient.....	52
	Graphique 6.2 : Détermination du caractère volontaire de la demande du patient, 2022	53
6.3	Consultation d'autres professionnels de la santé.....	53
	Graphique 6.3 : Consultation d'autres professionnels de la santé, 2022	54
6.4	Information communiquée par les pharmaciens.....	54
	Graphique 6.4 : Délivrance de médicaments utilisés dans l'aide médicale à mourir par type de pharmacie, 2022	55
7.0	Demandes ne donnant pas lieu à un décès à attribuable à l'aide médicale à mourir	56
7.1	Nombre de demandes et résultats.....	56
	Tableau 7.1 : Demandes et résultats de l'aide médicale à mourir par administration, 2022.....	57
	Graphique 7.1 : Demandes et résultats, 2019 à 2022.....	58
7.2	Inadmissibilité.....	59
	Graphique 7.2 : Raisons de l'inadmissibilité, mort naturelle raisonnablement prévisible par rapport à mort naturelle non raisonnablement prévisible, 2022	60
7.3	Retrait de la demande d'aide médicale à mourir par le patient	60
	Graphique 7.3 : Motif du retrait de la demande d'aide médicale à mourir, 2019–2022	61
7.4	Décès du patient d'une cause autre que l'aide médicale à mourir.....	62
	Graphique 7.4 : Délai de survenue du décès après la soumission d'une demande écrite (patient décédé d'une autre cause), 2019 à 2022	63
8.0	Conclusion	64
	Annexe A : Profil de l'aide médicale à mourir par administration pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2022	65

Faits saillants

Le quatrième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir présente les données de l'année civile 2022, recueillies conformément au *Règlement de 2018 sur la surveillance de l'aide médicale à mourir*. Il s'appuie sur les [premier](#), [deuxième](#) et [troisième rapports annuels sur l'aide médicale à mourir](#). Avec quatre années complètes de collecte de données en vertu du règlement initial, les résultats et les tendances observées permettent de dresser un tableau encore plus complet de la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir au Canada, ainsi que d'examiner les résultats de la deuxième année dans les cas où la mort naturelle de la personne n'était pas raisonnablement prévisible.

Le nombre de décès attribuables à l'aide médicale à mourir au Canada continue d'augmenter en 2022.

- En 2022, 13 241 cas d'aide médicale à mourir ont été déclarés au Canada, ce qui représente 4,1 % de tous les décès dans le pays.
- Le nombre de cas d'aide médicale à mourir en 2022 représente un taux de croissance de 31,2 % par rapport à 2021. Toutes les provinces, à l'exception du Manitoba et du Yukon, continuent de présenter une croissance constante d'une année à l'autre en 2022.
- 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 l'adoption de la législation fédérale en 2016 est de 44 958.

Profil des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir

- En 2022, une proportion légèrement plus élevée d'hommes (51,4 %) que de femmes (48,6 %) ont bénéficié de l'aide médicale à mourir. Ce résultat est cohérent avec l'année 2021 (52,3 % d'hommes contre 47,7 % de femmes), 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 2022 était de 77,0 ans. Cet âge moyen est légèrement supérieur à celui de 2019, 2020 et 2021 (75,2, 75,3 et 76,3 respectivement). L'âge moyen des femmes en 2022 était de 77,9 ans, contre 76,1 ans pour les hommes.
- Le cancer (63,0 %) est l'affection médicale sous-jacente la plus souvent citée parmi les cas d'aide médicale à mourir en 2022, soit une baisse par rapport à l'année 2021 (65,6 %) et à l'année 2020 (69,1 %). Viennent ensuite les troubles cardiovasculaires (18,8 %), les autres maladies (14,9 %), les maladies respiratoires chroniques (13,2 %) et les troubles neurologiques (12,6 %).
- En 2022, 3,5 % du nombre total de personnes ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir (463 personnes) étaient des personnes dont la mort naturelle n'était **pas** raisonnablement prévisible. Il s'agit d'une augmentation de 2,2 % par rapport à l'année 2021 (223 personnes). L'affection médicale sous-jacente la plus souvent citée pour cette population était l'affection de nature neurologique (50,0 %), suivie d'une autre affection (37,1 %) et de comorbidités multiples (23,5 %). Ces résultats sont comparables à ceux de l'année 2021. 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 73,1 ans, soit légèrement supérieur que celui de 2021 (70,1 ans), mais inférieur à l'âge moyen de tous les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir en 2022 (77,0 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

- En 2022, les praticiens de l'aide médicale à mourir ont déclaré que la majorité des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir (77,6 %) avaient reçu des soins palliatifs. Ces chiffres sont comparables à ceux des trois dernières années. Parmi les personnes ayant reçu des soins palliatifs, 49,9 % les ont reçus pendant un mois ou plus, ce qui est similaire au niveau déclaré en 2021. Parmi les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir qui n'ont pas reçu de soins palliatifs (19,6 %), 87,5 % avaient accès à ces services.
- En 2022, 36,8 % 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, soit une baisse par rapport à 2021 (43,0 %). Parmi ces personnes, la majorité, à savoir 89,5 %, a bénéficié de services de soutien aux personnes handicapées.
- Le recours aux soins palliatifs est plus fréquent chez les personnes ayant déclaré un cancer comme affection principale, tandis que les personnes atteintes d'une affection neurologique ont bénéficié plus souvent des services de soutien aux personnes handicapées.

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

- En 2022, les sources de souffrance les plus souvent citées par les personnes effectuant une demande d'aide médicale à mourir étaient 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 (81,9 %) et du contrôle inadéquat de la douleur ou de l'inquiétude au sujet du contrôle de la douleur (59,2 %).
- Ces résultats continuent d'être très semblables à ceux des trois dernières années (2019 à 2021), 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 quatre 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 1 837 en 2022, soit une augmentation de 19,1 % par rapport aux 1 542 praticiens en 2021. Par ailleurs, 95,0 % de tous les praticiens administrant l'aide médicale à mourir étaient des médecins, tandis que 5,0 % étaient des infirmiers praticiens.
- Parmi les médecins, les médecins de famille administrent la majorité des procédures d'aide médicale à mourir (67,7 %), un chiffre constant par rapport aux résultats des dernières années.
- Les infirmiers praticiens administrent une part croissante des procédures d'aide médicale à mourir. Les médecins ont administré 90,6 % de toutes les procédures d'aide médicale à mourir en 2022, tandis que les infirmiers praticiens ont administré 9,4 % de toutes les procédures d'aide médicale à mourir, une augmentation par rapport à 8,4 % en 2021 et à 7,0 % en 2019.
- En 2022, le nombre moyen de procédures d'aide médicale à mourir par praticien était de 7,2, contre 6,5 en 2021, 5,8 en 2020) et 5,1 en 2019.

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

- En 2022, 39,5 % des procédures d'aide médicale à mourir ont eu lieu dans des résidences privées. Il s'agit d'une baisse par rapport à 2021 (44,2 %) et à 2020 (47,6 %), lorsque les précautions rendues nécessaires par la pandémie de la COVID-19 ont déplacé les procédures d'un cadre institutionnel à un cadre à domicile. Les autres procédures d'aide médicale à mourir réalisées en 2022 se sont déroulées dans des hôpitaux (30,5 %), des établissements de soins palliatifs (20,8 %), des établissements de soins pour bénéficiaires internes (7,6 %) et d'autres établissements (1,5 %) (c.-à-d. des établissements ambulatoires ou des cabinets médicaux/cliniques).
- Les provinces de l'Atlantique présentaient un nombre plus élevé de bénéficiaires de l'aide médicale à mourir vivant en milieu rural, allant de 34,1 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 46,4 % au Nouveau-Brunswick. Le Québec (79,9 %), l'Ontario (79,2 %), le Manitoba et l'Alberta (84,3 % dans les deux cas), ainsi que de la Colombie-Britannique (82,4 %), 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 et de 2021, sont plus ou moins représentatifs du schéma général de répartition de la population de chaque administration selon le recensement de 2021.

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

- En 2022, 16 104 demandes écrites d'aide médicale à mourir ont été recensées, soit une augmentation de 26,5 % par rapport au nombre de demandes écrites en 2021. Les demandes écrites d'aide médicale à mourir ont augmenté en moyenne de 28,2 % par année entre 2020 et 2022. En 2022, la majorité des demandes écrites (13 102 ou 81,4 %) ont abouti à l'administration de l'aide médicale à mourir.
- Les 3 002 demandes restantes (18,6 %) ont abouti à un autre résultat que l'aide médicale à mourir : 298 personnes ont retiré leur demande (1,9 % des demandes écrites); 560 personnes ont été jugées non admissibles (3,5 % des demandes écrites); 2 144 personnes sont décédées avant de bénéficier de l'aide médicale à mourir (13,3 % 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 (75,9 % des cas) ou les soins palliatifs étaient suffisants (41,8 % des cas). Dans 15,6 % des cas (46 personnes), le retrait s'est produit juste avant la procédure d'aide médicale à mourir, au moment où les personnes étaient invitées par le praticien à donner leur consentement définitif.
- En 2022, 560 personnes ont été jugées non admissibles à l'aide médicale à mourir. Le nombre de personnes jugées non admissibles a diminué entre 2019 et 2022, de 3,5 % de toutes les demandes écrites en 2022, à 4,1 % en 2021 à 8,0 % en 2019.

- La détermination de l'inadmissibilité à l'aide médicale à mourir est fondée sur le décès raisonnablement prévisible ou le décès non raisonnablement prévisible d'une personne. La raison la plus fréquemment invoquée pour la détermination de l'inadmissibilité d'une personne dont la mort naturelle était raisonnablement prévisible était liée à son incapacité à prendre des décisions concernant sa santé (41,3 %), un chiffre constant par rapport aux résultats des trois dernières années. Pour les personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible, les principales raisons d'inadmissibilité étaient l'absence de maladie, d'affection ou de handicap grave (54,4 %), l'absence d'état avancé de déclin (54,0 %) et l'absence de souffrance intolérable (45,1 %).
- En 2022, l'âge moyen des personnes décédées d'une autre cause avant de bénéficier de l'aide médicale à mourir était de 73,6 ans, avec 56,0 % d'hommes et 44,0 % de femmes. Environ 70,8 % d'entre elles avaient un cancer. Ces résultats sont semblables à ceux de l'année 2021. Le nombre médian de jours avant le décès d'une autre cause, à partir du moment où la demande a été soumise, était de onze jours, contre neuf jours en 2021.



Message du ministre

En tant que ministre de la Santé, je suis fier de présenter le quatrième rapport annuel de Santé Canada sur l'aide médicale à mourir au pays (2022). Ce quatrième rapport, qui utilise des données recueillies dans le cadre du système de surveillance et d'élaboration de rapports du Canada, représente la collaboration continue entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les professionnels de la santé, et donne une image complète de la prestation de l'aide médicale à mourir (AMM) au Canada.

Il s'appuie sur les [premier](#), [deuxième](#) et [troisième rapports annuels sur l'aide médicale à mourir](#). Les données recueillies au cours des quatre dernières années ont continué à améliorer notre compréhension de la prestation de l'AMM au Canada et ont contribué à éclairer l'évolution du système d'AMM au Canada.

Un certain nombre d'initiatives et de réalisations importantes contribuant à éclairer l'évolution et la pratique de l'AMM ont eu lieu au cours de la dernière année et un certain nombre de nouvelles initiatives sont en cours. Notre gouvernement continue de participer activement à la promotion de la collaboration avec les provinces et les territoires afin de garantir la prestation sûre et cohérente de l'AMM. Nous avons assumé un rôle de leadership et de coordination en travaillant en étroite collaboration avec nos collègues provinciaux et territoriaux, notamment en aidant les professionnels de la santé à interpréter et à appliquer l'élargissement de l'admissibilité et les mesures de sauvegarde supplémentaires introduites dans le projet de loi C-7 : *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*. Grâce à cette collaboration continue, nous continuons à faire progresser les principes fondamentaux de la sécurité, de l'accessibilité et de la protection des personnes vulnérables dans l'ensemble du système d'AMM.

Le 13 mai 2022, on a déposé au Parlement le [rapport final du groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir \(AMM\) et la maladie mentale](#). Le groupe a entrepris un examen indépendant concernant les protocoles, les directives et les mesures de protection recommandés pour les demandes de l'aide médicale à mourir présentées par des personnes atteintes d'une maladie mentale. Le rapport contient 19 recommandations en lien avec les évaluations des demandes d'AMM dans le contexte des troubles mentaux et d'autres demandes complexes d'aide médicale à mourir.

Le 15 février 2023, le [Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir](#) a publié son [rapport final](#). Au total, le Comité a tenu 36 réunions, a entendu près de 150 témoins et a reçu plus de 350 mémoires et autres correspondances. La [réponse du gouvernement](#) aux 23 recommandations de ce dernier rapport a été déposée le 15 juin 2023.

Le 1^{er} janvier 2023, le [Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir](#) modifié est entré en vigueur pour améliorer la collecte de données et la déclaration par le système fédéral de surveillance de l'AMM. Les changements dressent un tableau plus complet et inclusif de la mise en œuvre de l'AMM au Canada. Les données recueillies en vertu du Règlement modifié comprennent maintenant, entre autres, de l'information sur la race, l'identité autochtone, et la situation de handicap pour les personnes qui demandent l'AMM, et seront intégrées au rapport annuel sur l'AMM au Canada pour l'année civile 2023,

lequel sera publié en 2024. Ces nouvelles données contribueront à l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes alors que le régime d'aide médicale à mourir du Canada continue d'évoluer.

Le 9 mars 2023, le ministre de la Justice et procureur général du Canada, la ministre de la Santé mentale et des Dépendances et ministre associée de la Santé, et le ministre de la Santé ont déposé l'ancien *projet de loi C-39, Loi modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*. Ce projet de loi prolonge l'exclusion temporaire de l'admissibilité à l'AMM dans les cas où le seul problème médical sous-jacent d'une personne est une maladie mentale jusqu'au 17 mars 2024. Cette prolongation d'un an donne au gouvernement du Canada, aux provinces et aux territoires, et aux organismes de réglementation médicale le temps supplémentaire nécessaire pour se préparer à l'évaluation et la prestation sûres et cohérentes de l'AMM lorsque le seul problème médical sous-jacent de la personne est une maladie mentale.

Le *modèle de norme de pratique pour l'AMM*, publié le 27 mars 2023, a été élaboré en réponse à la *première recommandation* dans le *rapport final du groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale*. Cette nouvelle ressource, distribuée aux gouvernements provinciaux et territoriaux, aux organismes de réglementation des médecins et des infirmières ainsi qu'aux professionnels de la santé aidera les cliniciens à harmoniser leur pratique sur des directives claires. La norme de pratique aidera aussi les organismes de réglementation à assurer la protection du public dans le contexte de cas complexes, y compris lorsque la seule affection médicale sous-jacente de la personne est une maladie mentale. De plus, une partie du financement du budget de 2021 est fournie à l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (ACEPA) pour qu'elle élabore et mette en œuvre un programme national de l'AMM entièrement accrédité qui fournira une formation de haute qualité au sujet de l'AMM aux praticiens des soins de santé partout au Canada, et qui a commencé son déploiement à l'automne 2023.

Nous reconnaissons l'importance d'une mobilisation importante et d'un dialogue continu avec les peuples autochtones pour soutenir une mise en œuvre culturellement sûre de l'AMM. Il est essentiel d'écouter les membres des communautés, les aînés, les gardiens du savoir, les passeurs culturels et les dirigeants autochtones à tous les niveaux du gouvernement et de travailler en étroite collaboration avec eux. Cette consultation est essentielle pour élaborer les outils permettant d'éduquer et de former les prestataires de soins de santé à la fourniture de soins culturellement sûrs. En juillet 2023, le gouvernement a lancé une initiative de consultation sur l'AMM en collaboration avec les peuples autochtones. Cette consultation permettra d'informer et de façonner la politique évolutive de l'AMM grâce à des activités de consultation menées par les autochtones et par Santé Canada. Pour soutenir ces dernières, Santé Canada a investi plus de 900 000 \$ dans des organisations autochtones qui mènent des initiatives visant à recueillir et à mobiliser les voix, les points de vue et les expériences vécues des membres de leur communauté sur l'AMM.

L'aide médicale à mourir est une question complexe et profondément personnelle. Le gouvernement du Canada est déterminé à s'assurer que les lois reflètent les besoins des Canadiennes et Canadiens, qu'elles protègent les personnes susceptibles d'être vulnérables et qu'elles soutiennent leur autonomie et liberté de choix.

L'honorable Mark Holland, C.P., député

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.

Ce quatrième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir présente les données de l'année civile 2022, recueillies conformément au *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir*. Il s'appuie sur les [premier](#), [deuxième](#) et [troisième rapports annuels sur l'aide médicale à mourir](#). Avec quatre années complètes de collecte de données en vertu du règlement initial, les résultats et les tendances observées permettent de dresser un tableau encore plus complet de la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir au Canada, ainsi que d'examiner les résultats de la deuxième année dans les cas où la mort naturelle de la personne n'était pas raisonnablement prévisible comme le permettent les amendements législatifs adoptés par le Parlement en mars 2021.

Les rapports des médecins, des infirmiers praticiens et des pharmaciens concernant les demandes écrites d'aide médicale à mourir et les procédures d'aide médicale à mourir partout au Canada sont inclus dans ce rapport pour l'année civile 2022. Ce rapport suit un format semblable à celui des trois rapports précédents. Il présente d'abord un historique de la législation et des principaux changements en 2022. Viennent ensuite un examen de la méthodologie et des limites des données, puis un résumé des principales conclusions pour 2022.

Santé Canada salue la collaboration importante entre les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux, ainsi qu'avec les pharmaciens et les praticiens de l'aide médicale à mourir, qui a favorisé la collecte, la validation, l'exactitude des données et l'analyse contenues dans ce rapport.

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

1.1 Modifications de la Loi sur l'aide médicale à mourir

Le 17 juin 2016, le Parlement du Canada a adopté la *loi fédérale originale* qui permet aux adultes canadiens admissibles de demander et de recevoir une aide médicale à mourir. Depuis cette première loi, la législation de l'aide médicale à mourir n'a cessé d'évoluer au fur et à mesure que les Canadiens, les praticiens et les décideurs se familiarisaient avec l'aide médicale à mourir et son application au fil du temps.

Le 17 mars 2021, l'ancien projet de loi C-7, la *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)* a reçu la sanction royale et est immédiatement entrée en vigueur. Cette loi révisée a été introduite en réaction à la décision Truchon, rendue en 2019 par la Cour supérieure du Québec, qui déclarait inconstitutionnels les critères d'admissibilité de la « mort naturelle raisonnablement prévisible », prévus¹, dans le *Code criminel*, ainsi que celui de « fin de vie », prévu dans la *Loi concernant les soins de fin de vie* du Québec. La loi a également été éclairée par de 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. Elle contenait un certain nombre de modifications du cadre de l'aide médicale à mourir du Canada, notamment : la suppression de l'exigence de mort naturelle raisonnablement prévisible pour qu'une personne puisse bénéficier de l'aide médicale à mourir; l'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; et la 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.

Le tableau 1.1 et le tableau 1.2 ci-dessous résument les critères d'admissibilité et les mesures de protection révisés dans le cadre de la loi de 2021.

¹ Truchon c. Procureur général du Canada

Tableau 1.1 : Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) : critères d'admissibilité révisés²

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;– ressentir une souffrance physique ou psychologique qui est causée soit par la maladie, l'affection ou le handicap, soit par un stade avancé de déclin des capacités, qui est insupportable pour la personne et qui ne peut être soulagée dans des conditions qu'elle juge acceptables• La maladie mentale comme seule affection médicale sous-jacente est exclue jusqu'au 17 mars 2024³

La loi de 2021 a exclu pour une période de deux ans (jusqu'au 17 mars 2023) l'admissibilité des personnes dont la seule affection médicale sous-jacente est une maladie mentale

Au cours de la période de deux ans comprise entre le 17 mars 2021 et le 17 mars 2023, les ministres de la Justice et de la Santé ont été tenus de lancer une étude sur la question sous forme d'un examen indépendant par des experts concernant les protocoles, les orientations et les mesures de protection recommandés pour les demandes d'aide médicale à mourir de personnes atteintes de maladie mentale. 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](#) a été déposé au Parlement par les ministres le 13 mai 2022.

² Voir la *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)* pour obtenir une liste complète de tous les critères d'admissibilité.

³ Cette date était le 17 mars 2023 dans l'ancien *projet de loi C-39, Loi modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*.

Tableau 1.2 : Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) : mesures de protection révisées⁴

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 renonciation au consentement définitif » aussi appelé « entente de consentement préalable » – décrites ci-dessous) <ul style="list-style-type: none"> – Des dispositions permettent à une personne de renoncer à l'obligation de donner son consentement définitif, au moyen d'une entente écrite avec son praticien, si elle risque de perdre sa capacité de décision; – Des dispositions permettent aux praticiens d'aider une personne ayant choisi l'autoadministration, en cas de complications liées à cette procédure, au moyen d'une entente écrite. 	<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 l'admissibilité; 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.

Le 15 décembre 2022, les ministres de la Justice et de la Santé ainsi que la ministre de la Santé mentale et des Dépendances et ministre associée de la Santé ont annoncé l'intention du gouvernement de demander une prolongation temporaire pour l'abrogation de la clause de temporisation concernant l'exclusion de l'aide médicale à mourir pour les personnes dont la maladie mentale est la seule affection médicale sous-jacente (AMM MI-SCMS). L'objectif de cette prolongation est de fournir du temps supplémentaire pour des initiatives importantes qui feront en sorte que les cliniciens d'aide médicale à mourir et les systèmes de soins de santé de tout le pays sont prêts à répondre aux demandes d'aide médicale à mourir dans ces circonstances d'une manière sûre et appropriée.

⁴ Voir la *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)* pour obtenir une liste complète de toutes les mesures de protection.

Le 9 mars 2023, l'ancien *projet de loi C-39, Loi modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)* a reçu la sanction royale et est immédiatement entré en vigueur, reportant au 17 mars 2024 la date d'admissibilité des personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale. Ce délai permet de disposer de plus de temps pour la diffusion des ressources clés et leur adoption par le personnel médical et infirmier.

Le gouvernement, en collaboration avec les provinces et les territoires, et leur personnel médical, a réalisé des progrès importants dans sa préparation en vue de la date limite de mars 2024. Santé Canada a réuni un groupe de travail d'experts qui a élaboré et publié le **Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir** le 27 mars 2023. Le Modèle fournira aux organismes de réglementation et aux cliniciens des directives sur les évaluations relatives à l'aide médicale à mourir dans des situations complexes, notamment en présence de troubles mentaux. L'objectif est que les organismes de réglementation de la profession médicale et infirmière du Canada puissent s'appuyer sur ces ressources pour rédiger et réviser leurs propres normes afin qu'un certain degré d'harmonisation et de cohérence se dégage dans la pratique de l'aide médicale à mourir dans tout le pays. Le groupe de travail a également publié un « Document de référence » qui fournit plus de détails sur des questions cliniques particulières soulevées par le modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir. Conformément à l'approche du groupe d'experts, le gouvernement s'attache à soutenir un système permettant de traiter les cas complexes d'aide médicale à mourir de manière générale, et non exclusivement ceux où une maladie mentale est la seule affection médicale sous-jacente. Le gouvernement finance également l'élaboration d'un programme canadien accrédité de formation sur l'aide médicale à mourir afin de soutenir l'éducation et la formation des cliniciens (comme on l'explique dans la section 1.4).

1.2 Nouveau règlement et régime de surveillance

Le système fédéral de surveillance de l'aide médicale à mourir, qui a été établi en 2018 en vertu du Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir, fournit un cadre robuste pour la collecte, l'analyse et la déclaration de renseignements. Le 9 novembre 2022, les modifications apportées au *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir* ont été publiées dans la Gazette du Canada, partie II, et sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2023. Ce règlement modifié impose aux médecins, aux infirmiers praticiens, aux responsables des évaluations préliminaires, aux pharmaciens et aux techniciens en pharmacie de fournir des renseignements liés aux demandes d'aide médicale à mourir et à la prestation d'une telle aide. Ces modifications réglementaires appuient le régime canadien d'aide médicale à mourir en améliorant la collecte de données et l'établissement de rapports par l'intermédiaire du système fédéral de surveillance de l'aide médicale à mourir afin de dresser un tableau plus complet et inclusif de la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir, avec élargissement de l'admissibilité, au Canada. Le tableau 1.3 ci-dessous résume les données supplémentaires qui seront recueillies en vertu des modifications réglementaires.

Les praticiens ont commencé à déclarer les données en vertu du règlement modifié à partir du 1^{er} janvier 2023. Pour aider les professionnels de la santé à assumer leurs responsabilités de déclaration en vertu du règlement modifié, le **Document d'orientation sur les exigences en matière de production de rapports** a été mis à jour et publié en décembre 2022 pour aider les praticiens, les responsables des évaluations préliminaires et les professionnels de la pharmacie à respecter les exigences en matière de production de rapports. Les renseignements recueillis en vertu du règlement modifié seront intégrés au rapport annuel fédéral sur l'aide médicale à mourir au Canada pour l'année civile 2023, lequel sera publié en 2024.

Tableau 1.3 : Résumé des exigences nouvelles ou modifiées en matière de production de rapports en vertu du *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir modifié*

Exigences modifiées en matière de production de rapports
<ul style="list-style-type: none"> • Élargissement des obligations de rapport à d'autres professionnels de la santé et aux techniciens en pharmacie, outre les médecins, les infirmiers praticiens et les pharmaciens; • Le rapport potentiel n'est plus déclenché par une « demande écrite », mais par une demande verbale ou écrite qui est suivie d'une évaluation; • Alignement du règlement sur les mesures de protection révisées (c.-à-d. réduire l'exigence de deux témoins à un seul) introduites par la législation;
Collecte de nouveaux éléments de données
<ul style="list-style-type: none"> • Mesures de protection pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible; • Application de l'entente de renoncement au consentement définitif pour les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible; • Application du consentement préalable lié à l'administration de l'aide médicale à mourir par un praticien en cas de complications liées à l'autoadministration; • Données supplémentaires sur les services de soutien aux personnes handicapées et les services de soins palliatifs reçus; • Identité de genre, race, identité autochtone et handicap des personnes demandant l'aide médicale à mourir (si la personne consent à fournir ces renseignements); • Lieu de résidence habituel et conditions de vie de la personne au moment où la demande d'aide médicale à mourir est reçue; • Durée d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable; • Données sur les moyens utilisés pour s'assurer que la personne sollicitant l'aide médicale à mourir a compris les renseignements qui lui ont été fournis et a communiqué sa décision; • Demande(s) antérieure(s) d'aide médicale à mourir d'une personne, le cas échéant; • Durée du processus d'évaluation de l'aide médicale à mourir, dans les cas où celle-ci est administrée à une personne dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible; • Cas où une personne a été jugée admissible à l'aide médicale à mourir, mais où le praticien ne peut pas l'administrer parce que des mesures de protection ne sont pas respectées⁵.

1.3 Exigences de la législation

Tout comme l'ancien [projet de loi C-14](#), la législation de 2021 (l'ancien [projet de loi C-7](#)), adoptée le 17 mars 2021, 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) l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures, les demandes anticipées d'aide médicale à mourir, les maladies mentales et l'aide médicale à mourir, 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. Le 22 juin 2022, le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir a publié un [rapport provisoire](#) sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale, qui a été suivi de la [réponse du gouvernement](#) (déposée le 20 octobre 2022). Le Comité mixte spécial a entendu divers témoins experts, notamment des experts juridiques, des

⁵ Pour une description complète des modifications réglementaires, voir le *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir*.

fournisseurs de soins palliatifs, des praticiens de l'aide médicale à mourir, des médecins, des infirmiers praticiens, des psychiatres et le président du groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale indépendant. Le 15 février 2023, le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir parlementaire a publié son [rapport final](#) traitant de son mandat général. Le Comité a tenu 36 réunions et entendu près de 150 témoins. Il a également reçu plus de 350 mémoires et autres correspondances, ce qui démontre le niveau de mobilisation sur cet enjeu. Le rapport final du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir contenait 23 recommandations. La [réponse du gouvernement](#) à ces recommandations a été publiée et déposée le 15 juin 2023.

Compte tenu des considérations propres à l'aide médicale à mourir et à la maladie mentale, l'ancien [projet de loi C-7](#) exigeait 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](#) a été déposé au Parlement par les ministres le 13 mai 2022. Le rapport présente 19 recommandations pour l'établissement d'un régime d'aide médicale à mourir qui répond aux questions qui peuvent se présenter dans certaines demandes d'aide médicale à mourir, et en particulier lorsque la mort naturelle de la personne qui demande l'aide n'est pas raisonnablement prévisible. Le [groupe d'experts](#) a conclu que les défis que posent l'établissement du caractère irrémédiable, l'évaluation de la capacité de décision d'un demandeur, la distinction entre les patients suicidaires et ceux qui font une demande rationnelle et étayée d'aide médicale à mourir, et la prise en compte de l'incidence des vulnérabilités structurelles, ne sont pas propres aux demandes d'aide médicale à mourir émanant de personnes atteintes de troubles mentaux, ni applicables à tous les demandeurs atteints de troubles mentaux. Pour cette raison, le groupe d'experts a souligné que ses recommandations devraient s'appliquer à toute demande d'aide médicale à mourir où des préoccupations similaires peuvent se poser, et non seulement dans les cas où l'aide médicale à mourir est demandée sur la base d'une maladie mentale.

Dans son [rapport final](#), le [groupe d'experts](#) a également conclu qu'aucune nouvelle mesure de protection n'est nécessaire dans la législation pour s'assurer que les demandes d'aide médicale à mourir venant de personnes atteintes de troubles mentaux sont traitées de manière sûre et appropriée. Toutefois, il souligne le fait que les praticiens devraient disposer de directives supplémentaires sur la manière de mettre en pratique les critères d'admissibilité et les mesures de protection existants dans le contexte des troubles mentaux et d'autres demandes complexes d'aide médicale à mourir. Les recommandations du groupe d'experts 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 a produit les rapports [provisoire](#) et [final](#), comme on l'indique ci-dessus. La [réponse du gouvernement](#), publiée et déposée le 15 juin, décrit les mesures ou les plans qu'il a mis en place concernant un grand nombre des recommandations formulées dans le rapport, tout en soulignant l'engagement du gouvernement à donner la priorité au bien-être et à la sécurité des personnes, à faire respecter les cadres juridiques et éthiques pertinents et à respecter les compétences des provinces et des territoires⁶.

⁶ Pour obtenir plus de détails, voir la [Réponse du gouvernement au deuxième rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir](#).

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.

L'évaluation des demandes d'aide médicale à mourir pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible est généralement plus complexe et il faut plus de temps et d'attention pour recueillir les antécédents médicaux et l'historique de traitement nécessaires, y compris les avis d'autres professionnels de la santé ayant une expertise de l'état de la personne et des options autres que l'aide médicale à mourir pour soulager sa souffrance. Pour relever ces défis et conformément à l'approche du groupe d'experts, le gouvernement se concentre sur le soutien d'un système permettant de traiter les cas complexes d'AMM de manière générale, et pas exclusivement ceux où une maladie mentale est la seule condition médicale sous-jacente. À cette fin, Santé Canada continue de soutenir le groupe de travail fédéral, provincial et territorial sur l'aide médicale à mourir, qui constitue un forum précieux de discussion et de collaboration intergouvernementale sur la politique en matière d'aide médicale à mourir, la prestation de cette aide et la réponse aux enjeux communs.

Depuis sa création en 2017, l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'aide médicale à mourir (ACEPA) a été et continue d'être un véhicule important d'échange d'informations entre les professionnels de la santé et les autres intervenants impliqués dans l'aide médicale à mourir. L'ACEPA a joué un rôle essentiel dans la création d'une communauté de pratique pour les évaluateurs et les prestataires de l'aide médicale à mourir, organise une conférence annuelle portant sur des questions émergentes liées à l'administration de l'aide médicale à mourir et a élaboré plusieurs documents d'orientation à l'intention des professionnels de la santé.

Grâce au financement du budget de 2021 (3,3 millions de dollars), le gouvernement soutient l'ACEPA dans l'élaboration d'un programme de formation national accrédité pour les cliniciens visant à faciliter l'administration sûre et cohérente de l'aide médicale à mourir. Le programme comprend sept modules traitant de plusieurs sujets, tels que l'évaluation et l'administration de l'aide médicale à mourir, l'aide médicale à mourir et les troubles mentaux, la capacité et la vulnérabilité, et les scénarios complexes. Les cliniciens pourront s'inscrire à tous les modules de formation d'ici la fin de l'année 2023.

En septembre 2022, Santé Canada a mis sur pied un [groupe de travail indépendant sur les normes de pratique de l'aide médicale à mourir](#), composé de personnes ayant une expertise clinique, réglementaire et juridique. En collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes de réglementation et les cliniciens de partout au Canada, le groupe de travail a élaboré une norme de pratique en réponse à la [première recommandation du rapport final du groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale](#). Le [Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale](#)

à mourir (AMM) a été publié le 27 mars 2023. Le modèle de norme de pratique en matière d'AMM comporte des renseignements concernant des enjeux tels que les suivants : l'évaluation de la capacité de prise de décision, de l'incurabilité et de l'irréversibilité; le caractère volontaire; et les responsabilités qu'impose la détermination d'une opinion sur l'admissibilité à l'AMM. Le groupe de travail a également publié un « Document de référence » qui fournit plus de détails sur des questions cliniques particulières soulevées par le modèle de norme de pratique en matière d'aide AMM. Le modèle de norme de pratique et les documents qui l'accompagnent aideront les cliniciens à harmoniser leur pratique sur des directives claires et aideront les organismes de réglementation à rédiger et à réviser leurs propres normes afin qu'un certain degré d'harmonisation et de cohérence se dégage dans la pratique de l'AMM dans tout le pays.

Dans son budget de 2021, le gouvernement a prévu une enveloppe permanente pour veiller à ce que l'AMM soit mise en œuvre de manière cohérente et sûre à l'échelle des provinces et des territoires. Le financement permettra de faire progresser la recherche sur la prestation des services d'AMM et d'obtenir plus d'informations qualitatives, notamment autour du contexte et des expériences vécues par les personnes qui demandent l'AMM. Cette recherche vise à compléter les données recueillies au moyen du système de surveillance fédéral et permettra de déterminer les nouvelles tendances et les enjeux liés à l'évaluation et à la mise en œuvre de l'AMM au Canada et aidera à détecter toute inégalité systémique.

Les peuples autochtones ont des points de vue particuliers sur les soins de fin de vie et ces points de vue doivent être pris en compte dans la garantie d'un accès culturellement plus sûr à l'AMM. En 2022, Santé Canada a continué à collaborer avec des partenaires autochtones pour définir et soutenir des priorités distinctes dans le cadre d'un processus de consultation à l'échelle fédérale. Des activités de mobilisation menées par des Autochtones et par Santé Canada ont débuté, notamment diverses séances de dialogue et une consultation publique en ligne auprès des peuples autochtones. Toutes les activités de mobilisation serviront à alimenter le rapport « Ce que nous avons entendu » (dont la publication est prévue pour l'été 2024), qui vise à faire connaître les perspectives autochtones sur l'AMM et à étayer des politiques d'aide médicale à mourir culturellement plus sûres à tous les ordres de gouvernement.

2.0 Méthodologie et limites

2.1 Collecte de données en vertu de la réglementation fédérale

Au Canada, tous les praticiens qui reçoivent une demande écrite d'aide médicale à mourir et tous les pharmaciens qui délivrent des médicaments aux fins de l'AMM sont tenus de faire rapport à Santé Canada de l'une des deux manières suivantes :

- directement à Santé Canada par le biais d'un portail Web de données sécurisé (ceci s'applique aux praticiens et aux 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 qu'aux pharmaciens], du Manitoba et du Yukon);
- par l'intermédiaire d'un organisme provincial ou territorial désigné qui, à son tour, transmet les données à Santé Canada sur une base trimestrielle (cela s'applique aux praticiens et aux 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).

Une procédure de vérification et de validation stricte est en place pour garantir la qualité, l'exactitude et l'exhaustivité des données. Les résultats sont présentés dans le respect de la confidentialité des données. Lorsque cela est possible et pertinent, une analyse comparative entre les sexes est incluse.

Le rapport annuel de 2022 contient les données recueillies dans le cadre du premier règlement de 2018. Les prochains rapports annuels (à partir de 2023) contiendront les éléments de données supplémentaires requis par la législation de 2021 relative à l'AMM. Dans le contexte du règlement de 2018, des renseignements sur le caractère raisonnablement prévisible ou non de la mort naturelle d'une personne sont recueillis et, à ce titre, ce rapport comprend une petite analyse limitée des personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible est fournie dans la section 4 du présent rapport.

2.2 Notes méthodologiques

La présentation des résultats pour 2022 suit un format semblable à celui des trois premiers rapports annuels, 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, 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, ainsi qu'une analyse des tendances sur quatre ans pour plusieurs graphiques et tableaux.

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. Pour toutes les années, le nombre de cas d'aide médicale à mourir est comptabilisé dans l'année civile au cours de laquelle l'aide médicale à mourir a été administrée. 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.

Le tableau 3.1 (Nombre de décès attribuables par l'aide médicale à mourir déclarés au Canada) comptabilise tous les cas d'aide médicale à mourir signalés à Santé Canada en vertu du règlement, comme on l'indique à la section 2.1, y compris ces sources de données supplémentaires :

- données fournies volontairement par les provinces et territoires pour les années 2016 à 2018;
- cas d'aide médicale à mourir dont la date de la demande est antérieure au 1^{er} novembre 2018⁷;
- rapports formels qui n'ont pas encore été reçus par le système de surveillance fédéral, mais qui ont été fournis volontairement par les provinces et les territoires.

Les différences dans les méthodologies sont décrites dans les notes explicatives figurant sous les graphiques et les tableaux, le cas échéant.

2.3 Limites des données

En vertu du *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir* de 2018, la surveillance fédérale se fondait uniquement sur les demandes écrites d'aide médicale à mourir. Ce procédé a donné lieu à des lacunes dans les données, car le système de déclaration actuel ne saisit pas les demandes verbales ni les demandes reçues par un professionnel de la santé autre qu'un infirmier praticien ou un médecin, dans les cas où la demande n'a pas abouti à l'administration de l'aide médicale à mourir. Cela ne tient pas compte, par exemple, des demandes écrites initialement reçues par un infirmier travaillant dans un service de coordination des soins et qui n'ont jamais été transmises à un médecin ou à un infirmier praticien en raison de l'inadmissibilité déterminée initialement. En raison de ces lacunes, les données relatives au nombre total de demandes ne constituent pas un indicateur fiable de l'intérêt général porté à l'aide médicale à mourir dans l'ensemble du Canada. Ces lacunes ont été comblées grâce aux modifications apportées *règlement* dont l'entrée en vigueur est le 1^{er} janvier 2023.

Comme on l'indique 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'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, après une année complète de collection de données pour l'année civile 2023.

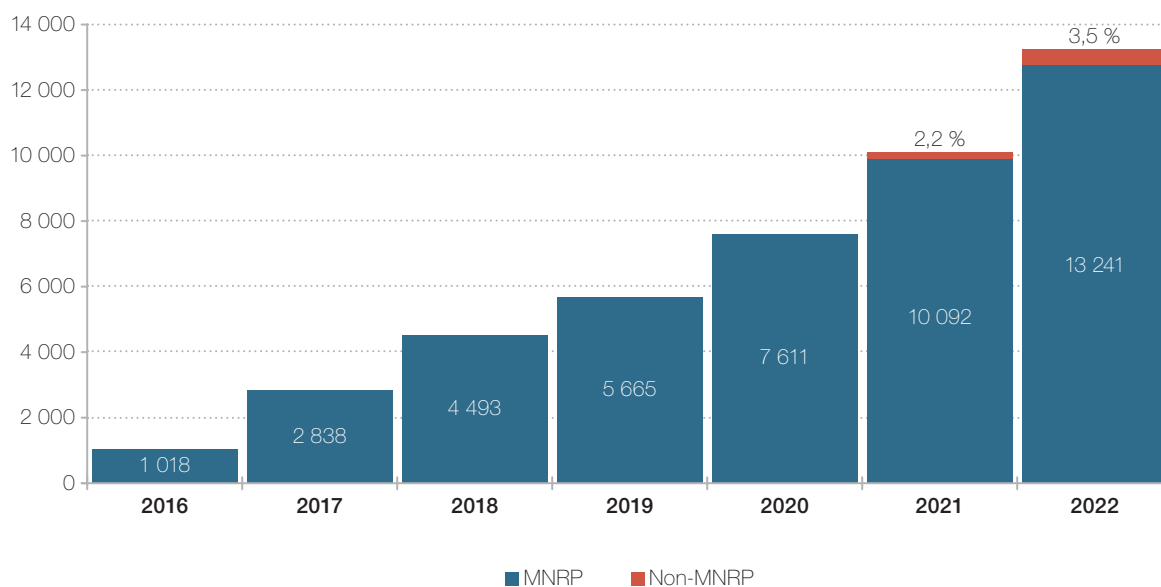
⁷ La collecte de données a commencé lorsque le *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir* est entré en vigueur le 1^{er} novembre 2018. Les demandes écrites reçues avant cette date ne nécessitent pas la soumission d'un rapport à Santé Canada.

3.0 Administration de l'aide médicale à mourir au Canada

3.1 Nombre de décès attribuables à l'aide médicale à mourir déclarés au Canada (2016 à 2022)

L'année 2022 marque six années et demie d'accès à l'aide médicale à mourir au Canada. En 2022, 13 241 cas d'aide médicale à mourir ont été recensés au Canada, ce qui porte à 44 958 le nombre total de décès attribuables à l'aide médicale à mourir au Canada depuis 2016. En 2022, le nombre total de cas d'aide médicale à mourir a augmenté de 31,2 % (2022 par rapport à 2021), contre 32,6 % (2021 par rapport à 2020). Le taux de croissance annuel des cas d'aide médicale à mourir a été stable au cours des six dernières années, avec un taux de croissance moyen de 31,1 % entre 2019 et 2022.

Graphique 3.1 : Nombre total de décès attribuables à l'aide médicale à mourir au Canada, 2016 à 2022



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 attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquels Santé Canada a reçu une déclaration au 31 janvier 2023 (13 102 décès) ainsi que les autres décès attribuables à l'aide médicale à mourir déclarés par les administrations (139 décès) pour lesquels Santé Canada n'a pas encore reçu de déclaration, soit un total de 13 241 décès attribuables à l'aide médicale à mourir en 2022.
5. Les cas d'autoadministration de l'aide médicale à mourir et les cas d'aide médicale à mourir où la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible (463 cas) sont inclus dans ce graphique. Ils ne sont pas définis par année ou par administration afin de protéger la confidentialité.

En 2022, l'accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes dont la mort n'était pas raisonnablement prévisible en était à sa deuxième année d'admissibilité. Au Canada, l'admissibilité des personnes dont la mort n'était pas raisonnablement prévisible est entrée en vigueur le 17 mars 2021, avec l'adoption de la

nouvelle loi⁸. Il y a eu 463 cas d'aide médicale à mourir pour des personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible, soit 3,5 % de tous les décès attribuables à l'aide médicale à mourir en 2022. Cela représente un peu plus du double du nombre total de cas de personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible en 2021 (223 cas, soit 2,2 % du total des cas d'aide médicale à mourir en 2021). Le tableau 3.1 présente le nombre total de cas d'aide médicale à mourir au Canada de 2016 à 2022, y compris les cas de personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible.

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 2022 dans tout le Canada, une tendance conforme à celle des années précédentes.

L'ensemble des administrations, à l'exception du Manitoba et du Yukon, ont connu une augmentation du nombre de cas d'aide médicale à mourir en 2022. Les plus fortes augmentations d'une année à l'autre ont été enregistrées au Québec (45,5 %), en Alberta (40,7 %), à Terre-Neuve-et-Labrador (38,5 %), en Ontario (26,8 %) et en Colombie-Britannique (23,9 %). La Nouvelle-Écosse (11,8 %), l'Île-du-Prince-Édouard (7,3 %) et la Saskatchewan (4,0 %) ont connu des taux de croissance plus faibles. Le Yukon est demeuré au même niveau qu'en 2021, tandis que le Manitoba a été la seule administration à connaître une diminution du nombre de cas d'aide médicale à mourir en 2022 (-9,0 %).

Tableau 3.1 : Total des décès attribuables à l'aide médicale à mourir déclarés au Canada par administration, 2016 à 2022

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	1 249	1 500	138	85	307	951	12	-	-	4 493
2019	20	20	147	141	1 604	1 788	177	97	377	1 280	13	-	-	5 665
2020	49	37	190	160	2 278	2 378	214	160	555	1 572	13	-	-	7 611
2021	65	41	245	205	3 299	3 102	245	247	594	2 030	16	-	-	10 092
2022	90	44	274	247	4 801	3 934	223	257	836	2 515	16	-	-	13 241
Total 2016 à 2022	267	156	1 068	903	14 578	13 732	1 084	914	2 937	9 219	84	-	-	44 958

NOTES EXPLICATIVES :

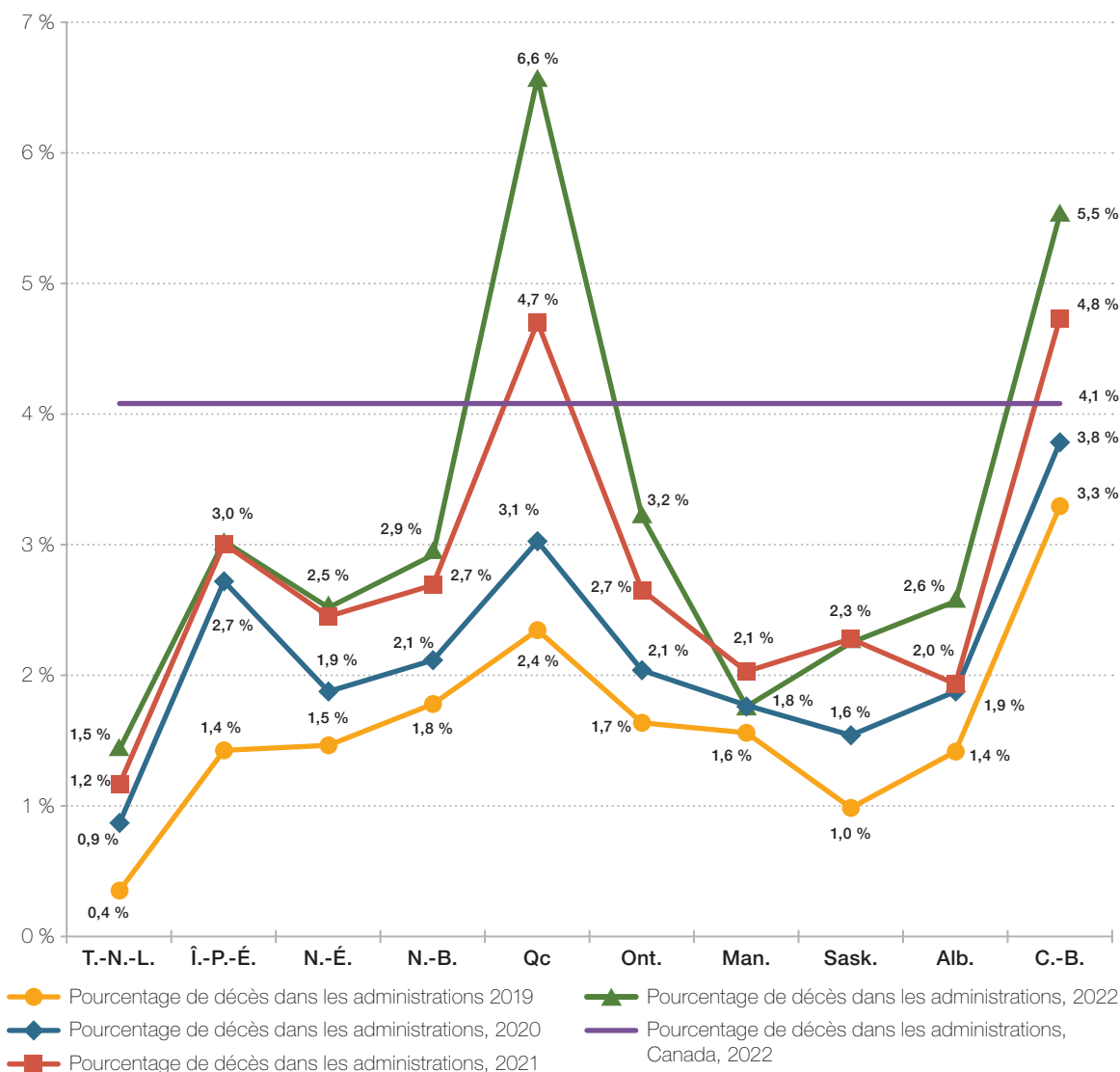
1. On compte les cas d'aide médicale à mourir dans l'année civile au cours de laquelle le décès est survenu (c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre), et non pas en fonction de la date de réception de la demande écrite.
2. Pour 2016, les données du Québec commencent le 10 décembre 2015, date d'entrée 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 attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquels Santé Canada a reçu une déclaration au 31 janvier 2023 (13 102 décès) ainsi que les autres décès attribuables à l'aide médicale à mourir déclarés par les administrations (139 décès) pour lesquels Santé Canada n'a pas encore reçu de déclaration, soit un total de 13 241 décès attribuables à l'aide médicale à mourir en 2022.
5. Les cas d'autoadministration de l'aide médicale à mourir et les cas d'aide médicale à mourir où la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible (463 cas) 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).

⁸ Au Québec, l'aide médicale à mourir pour les personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible est autorisée à la suite d'une exemption de la cour depuis le 12 mars 2020. Le Québec a enregistré 15 cas en 2020 où la mort n'était pas raisonnablement prévisible (inclus dans le graphique 3.1).

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

En 2022, les décès attribuables à l'aide médicale à mourir représentaient 4,1 % de tous les décès au Canada, soit une augmentation par rapport aux 3,3 % de l'année 2021, aux 2,5 % de 2020 et aux 2,0 % de 2019. En 2022, six administrations 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 1,5 % (Terre-Neuve et Labrador) à un maximum de 6,6 % (Québec). Le nombre de décès attribuables à l'aide médicale à mourir en pourcentage du nombre total de décès est resté le même qu'en 2021 pour l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan, tandis que le Manitoba a connu une diminution du nombre de décès attribuables à l'aide médicale à mourir en pourcentage du nombre de décès (de 2,1 % en 2021 à 1,8 % en 2022). Comme pour chacune des trois dernières années (2019 à 2021), le Québec et la Colombie-Britannique ont connu le pourcentage le plus élevé de décès attribuables à l'aide médicale à mourir par rapport au nombre total des décès recensés sur leur territoire en 2022 (6,6 % et 5,5 % respectivement), ce qui continue de refléter la dynamique sociopolitique de ces deux provinces dans le contexte de l'aide médicale à mourir.

Graphique 3.2 : Pourcentage du total des décès attribuables à l'aide médicale à mourir par administration, 2019 à 2022



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 attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquels Santé Canada a reçu une déclaration au 31 janvier 2023 (13 102 décès) ainsi que les autres décès attribuables à l'aide médicale à mourir déclarés par les administrations (139 décès) pour lesquels Santé Canada n'a pas encore reçu de déclaration, soit un total de 13 241 décès attribuables à l'aide médicale à mourir en 2022.
- Les cas d'autoadministration de l'aide médicale à mourir et les cas d'aide médicale à mourir où la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible (463 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. Les données pour T.N.-O. et Nt. sont confidentielles.
- Source : Statistique Canada. Tableau 17-10-0006-01 Estimations des décès, par âge et sexe, annuelles (2021–2022, 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 on l'indique dans la section 3.0, lorsque toutes les sources de données sont prises en compte, 13 241 cas d'aide médicale à mourir ont été recensés en 2022 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 2023 (13 102), plus 139 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 13 102 déclarations officielles de cas d'aide médicale à mourir reçues pour l'année 2022 avant le 31 janvier 2023. Ces sections ne comprennent aucun renseignement sur les 139 cas supplémentaires, car les déclarations en question n'avaient 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 2022, la principale affection médicale sous-jacente était le cancer (63,0 %). Viennent ensuite les troubles cardiovasculaires (18,8 %), les « autres affections » (14,9 %), les maladies respiratoires chroniques (13,2 %) et les troubles neurologiques (12,6 %).

On a diagnostiqué un adénocarcinome chez le patient en 2018 et il a reçu des traitements de radiothérapie et de chimiothérapie palliatives à partir de ce moment-là. Le patient a rempli une demande d'aide médicale à mourir pour la première fois en 2019 et s'en est suffisamment bien sorti pour que la demande expire sans avoir été utilisée, puisqu'il se portait bien jusqu'à récemment, alors que la chimiothérapie palliative a cessé d'être efficace. Aujourd'hui, il a la jaunisse, des nausées et de la douleur. Il est incapable de supporter le fait que les tumeurs progressent et que sa qualité de vie diminue de jour en jour.

Rapport du praticien, 2022

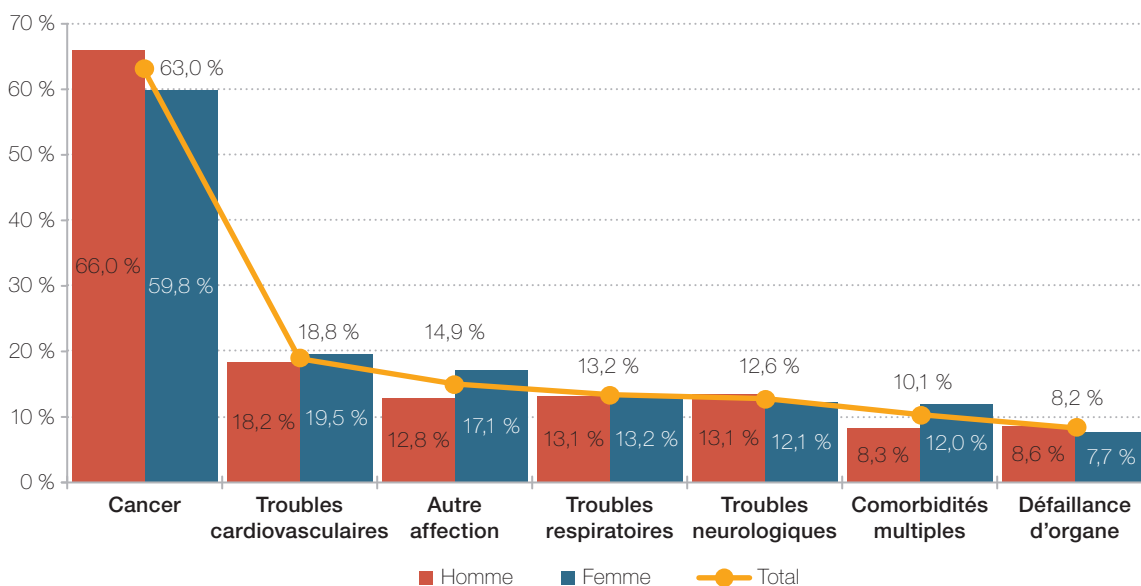
Les résultats sont cohérents avec le fait que le cancer et les pathologies cardiaques sont les deux principales causes de décès au Canada⁹. Ces résultats sont semblables aux chiffres présentés de 2019–2021, à l'exception de la catégorie « autres affections ». En 2021, une « autre affection » était la cinquième affection sous-jacente la plus déclarée (11,5 %), alors qu'elle était la troisième affection la plus déclarée de 2022 (14,9 %).

Le graphique 4.1A montre la répartition par sexe des principales affections médicales sous-jacentes. Certaines affections présentent des variations plus

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

importantes que d'autres entre les hommes et les femmes en 2022. Un pourcentage légèrement plus élevé d'hommes que de femmes avaient un cancer (66,0 % contre 59,8 %) et une défaillance d'organe (8,6 % contre 7,7 %) comme principale affection sous-jacente. D'autre part, une proportion plus élevée de femmes avaient une « autre affection » (17,1 % contre 12,8 %) et des comorbidités multiples (12,0 % contre 8,3 %) comme principale affection sous-jacente. La ventilation des principales affections par administration est présentée à l'annexe A.

Graphique 4.1A : Aide médicale à mourir par affection principale, 2022



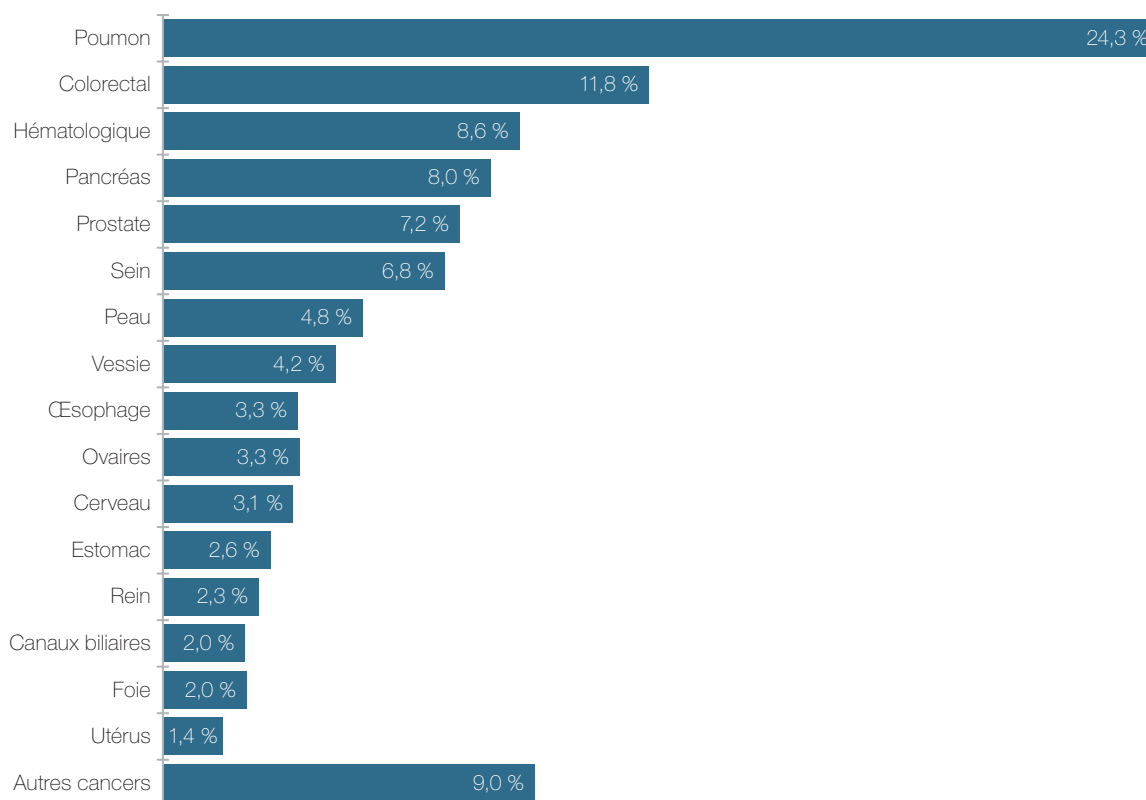
NOTES EXPLICATIVES :

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 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 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 par les personnes bénéficiant de l'aide médicale à mourir (il est possible d'en sélectionner plusieurs pour une personne). Le type de cancer le plus signalé chez près d'un quart des personnes était le cancer du poumon (24,3 %), suivi du cancer colorectal (11,8 %), du cancer hématologique (8,6 %), du cancer du pancréas (8,0 %), du cancer de la prostate (7,2 %) et du cancer du sein (6,8 %). Ces résultats sont semblables aux résultats de 2021. De plus, ces résultats sont cohérents avec le fait que le cancer du poumon, suivi du cancer colorectal, était la principale cause de décès par cancer au Canada en 2022¹⁰.

¹⁰ Statistique Canada, Tableau 13-10-0142-01 et Projected estimates of cancer in Canada in 2022 | CMAJ

Graphique 4.1B : Aide médicale à mourir par type de cancer, 2022



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 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 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 (8 251 personnes).

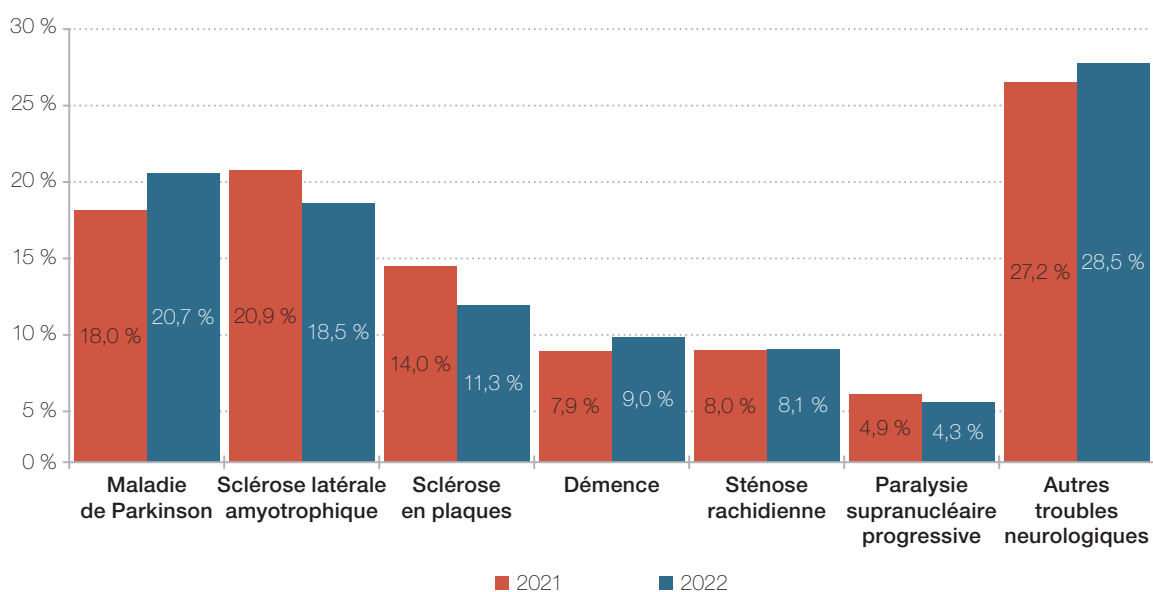
Les troubles cardiovasculaires (18,8 %) constituaient la deuxième affection principale sous-jacente la plus fréquemment citée par les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir en 2022, ce qui est semblable aux chiffres de 2021 (18,7 %), mais représente une hausse par rapport aux 13,8 % de 2020. Un pourcentage légèrement plus élevé de femmes (19,5 %) que d'hommes (18,2 %) ont déclaré souffrir de troubles cardiovasculaires. L'affection la plus fréquemment citée dans cette catégorie était l'insuffisance cardiaque congestive (42 %); les autres affections courantes étaient la fibrillation auriculaire, les vasculopathies et l'accident vasculaire cérébral.

Les maladies respiratoires représentaient la principale affection sous-jacente chez 13,2 % des personnes, sans différence entre les hommes et les femmes en 2022. Les maladies respiratoires les plus fréquemment citées étaient la bronchopneumopathie chronique obstructive, la fibrose pulmonaire et la pneumonie.

Les troubles neurologiques ont été signalés comme principale affection sous-jacente par 12,6 % des personnes bénéficiant de l'aide médicale à mourir en 2022, ce qui est semblable aux chiffres de 2021 (12,4 %), mais qui représente une augmentation par rapport à 2020 (10,2 %). La proportion d'hommes

(13,1 %) atteints d'un trouble neurologique était légèrement supérieure à celle des femmes (12,1 %) en 2022. Le graphique 4.1C présente les troubles neurologiques les plus fréquemment signalés, la maladie de Parkinson (20,7 %) étant la plus courante, suivie de la sclérose latérale amyotrophique (SLA), également connue sous le nom de maladie de Lou Gehrig (18,5 %), de la sclérose en plaques (11,3 %), d'une démence (9,0 %), de la sténose rachidienne (8,1 %) et de la paralysie supranucléaire (4,3 %). Cette tendance est légèrement différente des résultats signalés en 2021, alors que la SLA était l'affection signalée la plus courante (20,9 %), suivie de la maladie de Parkinson (18,0 %). Le terme « démence » est un terme général qui désigne la perte de mémoire, de langage, de capacité à résoudre des problèmes et d'autres capacités de réflexion, suffisamment grave pour interférer avec la vie quotidienne¹¹. Dans le cas du présent rapport, le terme « démence » est utilisé au sens large et inclut les pathologies suivantes : maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, démence à corps de Lewy, démence fronto-temporale, démence mixte ou simplement, démence. Comme le stipule la loi, à moins qu'une entente de renonciation au consentement définitif n'ait été mise en place, le praticien doit s'assurer que, pour ces cas et tous les autres cas d'aide médicale à mourir, la demande d'aide médicale à mourir de la personne était volontaire et que la personne a donné son consentement éclairé immédiatement avant l'administration de l'aide médicale à mourir.

Graphique 4.1C : Aide médicale à mourir par trouble neurologique, 2021–2022



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 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 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 (1 648 personnes).
3. Les ajustements de données ont entraîné la révision des résultats de 2021, qui sont présentés ici à des fins de comparaison avec les données de 2022.
4. La démence a été incluse dans les « autres troubles neurologiques » dans le rapport annuel de 2021.

¹¹ <https://alz.org/fr/quest-ce-que-la-demence.asp>

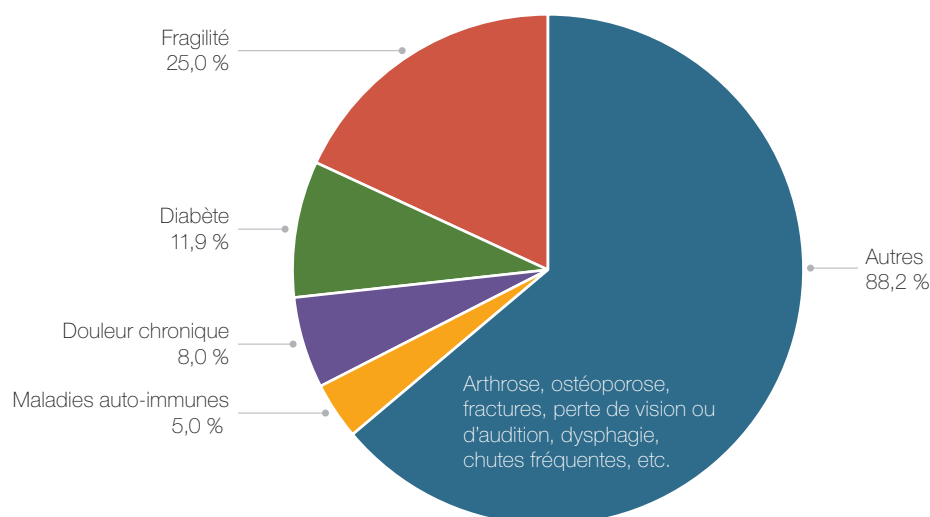
Insuffisance rénale terminale et refus de dialyse. Le patient avait rencontré l'équipe de soins palliatifs, mais il n'a pas voulu d'intervention, car il souhaitait bénéficier d'une aide médicale à mourir le plus tôt possible. Les évaluations ont été réalisées et les consentements ont été obtenus. Aucune préoccupation quant à la capacité. Administration de l'AMM au domicile du patient en présence de la famille.

Rapport du praticien, 2022

Une défaillance d'organe a été citée chez 8,2 % des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir en 2022, ce qui est semblable aux chiffres de 2021 (8,0 %) et des années précédentes. Un peu plus d'hommes (8,6 %) que de femmes (7,7 %) présentaient une défaillance d'organe comme affection sous-jacente en 2022. Comme en 2021, près de la moitié (51,1 %) des personnes de cette catégorie étaient atteintes d'une maladie rénale chronique ou d'une insuffisance rénale, 15,3 %, d'une cirrhose ou d'une insuffisance hépatique et 5,5 %, d'une occlusion intestinale.

Un résumé des diverses autres affections sous-jacentes contribuant à l'affection principale des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir, à l'exception des cinq principales affections médicales mentionnées ci-dessus, est présenté dans le graphique 4.1 D. À cette fin, les affections répertoriées dans les catégories « autres affections » et « comorbidités multiples » dans le graphique 4.1A ont été regroupées, car de nombreuses affections courantes étaient répertoriées dans ces deux catégories. Au total, 22,6 % des personnes ont été signalées comme étant atteintes d'une « autre affection » ou de « comorbidités multiples ». Puisqu'un praticien peut faire rapport pour d'autres catégories que celles-ci, le pourcentage est légèrement inférieur à la somme des « autres affections » (14,9 %) et des « comorbidités multiples » (10,1 %) indiquées dans le graphique 4.1A. Comme l'indiquent les rapports des praticiens, un quart des personnes atteintes de ces affections étaient atteintes de fragilité (25,0 %). Les autres affections les plus courantes étaient le diabète (11,9 %), les douleurs chroniques (8,0 %) et les maladies auto-immunes (5,0 %). Un certain nombre de personnes étaient atteintes d'arthrose, d'ostéoporose, de fractures, de perte de vision et d'audition et de dysphagie et faisaient des chutes fréquentes. Ces résultats sont présentés dans le graphique 4.1D.

Graphique 4.1D : Aide médicale à mourir par autre affection ou comorbidités multiples, 2022



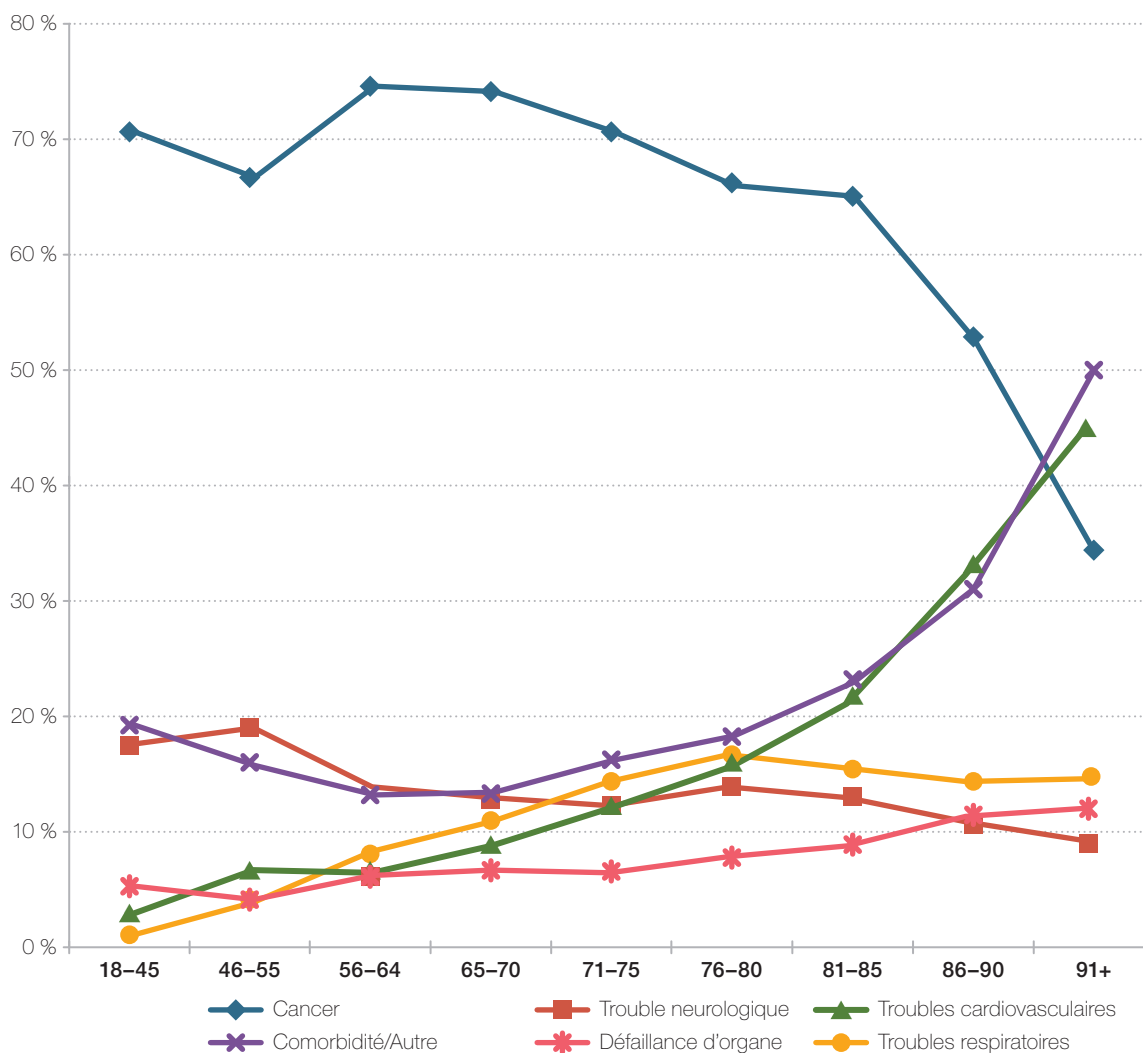
NOTES EXPLICATIVES :

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 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.
2. Les prestataires ont pu sélectionner plus d'un type d'« autres affections » lors de la déclaration; le total dépasse donc 100 %.
3. Dans ce graphique, le dénominateur représente les personnes dont l'affection a été déclarée dans la catégorie « autre affection » et « comorbidités multiples » (2 964 personnes). Pour ce graphique, ces deux catégories ont été regroupées, car de nombreuses affections courantes ont été répertoriées dans ces deux catégories.

Une personne qui demande l'aide médicale à mourir peut avoir plus d'une affection principale sous-jacente (les praticiens peuvent sélectionner plus d'une affection lorsqu'ils produisent leur rapport). Un quart des personnes (25,6 %) bénéficiant de l'aide médicale à mourir en 2022 présentaient au moins deux affections principales sous-jacentes, ce qui est cohérent avec les chiffres de 2021 (23,7 %). Un peu plus de femmes (26,7 %) que d'hommes (24,6 %) présentaient au moins deux affections sous-jacentes.

Le graphique 4.1E montre la répartition par âge des principales affections sous-jacentes. Le cancer et les troubles neurologiques ont été signalés plus fréquemment par les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir plus jeunes, les pourcentages diminuant progressivement avec l'âge, tandis que toutes les autres affections ont suivi une tendance opposée, le nombre de personnes déclarées comme atteintes de ces affections augmentant progressivement avec l'âge.

Graphique 4.1E : Affection principale par catégorie d'âge, 2022



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 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 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 dans chaque catégorie d'âge dépasse donc 100 %.
3. Le dénominateur pour « autre affection/comorbidités multiples » de ce tableau représente les personnes dont l'affection a été déclarée sous « autre affection » et « comorbidités multiples ». Pour ce graphique, ces deux catégories ont été regroupées, car de nombreuses affections courantes ont été répertoriées dans ces deux catégories.

Au total, 72,1 % des personnes âgées de 18 à 75 ans ont déclaré un cancer comme affection principale. Ce pourcentage a progressivement diminué jusqu'à 34,1 % pour les personnes âgées de 91 ans et plus. De même, 18,5 % des personnes ont déclaré un trouble neurologique comme principale affection sous-jacente jusqu'à l'âge de 55 ans, et le pourcentage diminue de moitié (9,2 %) à l'âge de 91 ans et plus. D'autre part, les troubles cardiovasculaires constituaient la principale affection sous-jacente chez 7,4 % des personnes jusqu'à l'âge de 70 ans. Ce chiffre a presque triplé pour atteindre 21,0 % à 85 ans, et a plus que doublé pour atteindre 44,7 % à 91 ans et plus. À l'âge de 91 ans et plus, les troubles cardiovasculaires dépassent le cancer comme principale affection sous-jacente la plus fréquemment.

citée. Les troubles respiratoires ont été cités dans un faible pourcentage (1,2 %) de personnes entre 18 et 45 ans, mais ont progressivement atteint 15,0 % chez les personnes âgées de 71 ans et plus en tant que principale affection sous-jacente. La défaillance d'un organe comme principale affection sous-jacente a également augmenté, passant de 5,2 % pour les personnes de 18 à 45 ans à 12,0 % pour les personnes de 91 ans et plus.

La ventilation des affections principales dans les différents groupes d'âge a également été comparée entre les hommes et les femmes. Aucune différence n'a été observée entre les proportions d'hommes et de femmes déclarant une défaillance respiratoire, cardiovasculaire ou d'un organe comme principale affection sous-jacente dans les différents groupes d'âge. La différence dans la proportion d'hommes et de femmes déclarant un cancer et « d'autres affections » était moindre dans les groupes d'âge plus jeunes, mais augmentait progressivement avec l'âge. Le cancer a été signalé dans une plus grande proportion chez les hommes (51,8 %) que chez les femmes (37,7 %) pour les personnes de 86 ans et plus, tandis que les femmes (45,4 %) représentaient une proportion beaucoup plus élevée des personnes souffrant d'« autres affections » ou de « comorbidités multiples » que les hommes (32,3 %) à ce même âge.

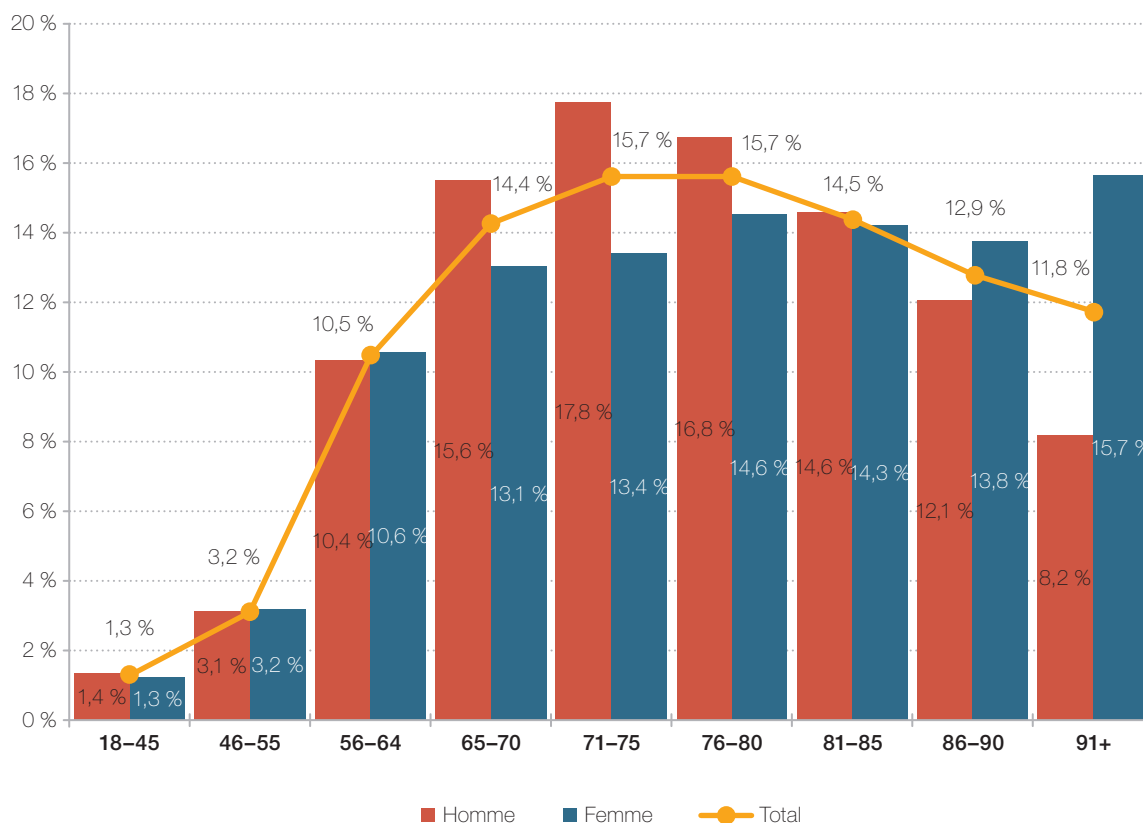
4.2 Sexe, âge moyen et tranche d'âge des personnes ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir

Dans l'ensemble, un pourcentage légèrement plus élevé d'hommes (51,4 %) que de femmes (48,6 %) ont bénéficié de l'aide médicale à mourir au Canada en 2022. Le résultat est cohérent avec les années précédentes, 2021 (52,3 % d'hommes contre 47,7 % de femmes), 2020 (51,9 % d'hommes contre 48,1 % de femmes) et 2019 (50,9 % d'hommes contre 49,1 % de femmes). Une tendance semblable a été observée dans toutes les administrations canadiennes et est présentée à l'annexe A.

L'âge moyen des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir en 2022 est de 77,0 ans. L'âge moyen a légèrement augmenté chaque année, passant de 75,2 ans en 2019 à 75,3 ans en 2020 et à 76,3 ans en 2021. L'âge moyen des femmes (77,9 ans) bénéficiant de l'aide médicale à mourir était plus élevé que celui des hommes (76,1 ans) en 2022. Ces résultats sont similaires à ceux de 2021. Dans l'ensemble des administrations, l'âge moyen varie de 72,6 ans à l'Île-du-Prince-Édouard à 78,2 ans en Colombie-Britannique. L'âge moyen dans les trois administrations représentant plus de 85 % des cas d'aide médicale à mourir au Canada en 2022 était plus élevé, soit 76,3 ans au Québec, 77,7 ans en Ontario et 78,2 ans en Colombie-Britannique, contribuant à la moyenne nationale plus élevée. L'âge moyen par administration est présenté à l'annexe A.

Le graphique 4.2 montre la proportion de bénéficiaires de l'aide médicale à mourir dans les différents groupes d'âge. En 2022, la plus grande proportion de bénéficiaires de l'aide médicale à mourir se trouvait dans les groupes d'âge 71–75 ans et 76–80 ans (15,7 % dans les deux cas), suivis par le groupe d'âge 81–85 ans (14,5 %). Les résultats sont semblables à ceux de 2021, avec une proportion la plus élevée dans le groupe d'âge 76–80 ans (16,3 %) suivi par le groupe d'âge 71–75 ans (15,8 %). De plus, comme pour les trois dernières années, 95,5 % des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir en 2022 étaient âgés de 56 ans et plus, et 85 % d'entre eux avaient 65 ans et plus. Seul un faible pourcentage des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir faisaient partie de la catégorie d'âge 18–45 ans (1,3 %) et de la catégorie 46–55 ans (3,2 %). Conformément à la législation, l'admissibilité à l'aide médicale à mourir est limitée aux adultes âgés de 18 ans; on ne compte donc aucun cas d'aide médicale à mourir pour les personnes de moins de 18 ans. L'aide médicale à mourir par tranche d'âge et par administration est présentée à l'annexe A.

Graphique 4.2 : Aide médicale à mourir par catégorie d'âge, 2022



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 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.

Le graphique 4.2 montre également la répartition de l'aide médicale à mourir entre les hommes et les femmes dans les différentes catégories d'âge en 2022. Le pourcentage d'hommes et de femmes ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir est assez similaire entre 18 et 64 ans. Un nombre plus élevé d'hommes ont bénéficié de l'aide médicale à mourir entre 65 et 85 ans, avec des différences entre les deux sexes dans les catégories d'âge 65-70 ans (15,6 % d'hommes contre 13,1 % de femmes), 71-75 ans (17,8 % d'hommes contre 13,4 % de femmes) et 76-80 ans (16,8 % d'hommes contre 14,6 % de femmes). Au cours des dernières années de la vie, la tendance s'inverse et un plus grand nombre de femmes bénéficient de l'aide médicale à mourir. C'est dans la tranche d'âge des 91 ans et plus que l'écart est le plus important. Près de deux fois plus de femmes que d'hommes (15,7 % contre 8,2 %) bénéficient de l'aide médicale à mourir. La tendance générale est semblable aux résultats déclarés en 2021, avec plus d'hommes bénéficiant de l'aide médicale à mourir durant l'âge moyen, la proportion de femmes augmentant et dépassant la proportion d'hommes à mesure que l'âge augmente (ce qui est cohérent avec le plus grand nombre de femmes vivant au-delà de 90 ans).

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 2022, les sources de souffrance les plus souvent citées par les personnes effectuant une demande d'aide médicale à mourir étaient 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 (81,9 %) et du contrôle inadéquat de la douleur ou de l'inquiétude au sujet du contrôle de la douleur (59,2 %).

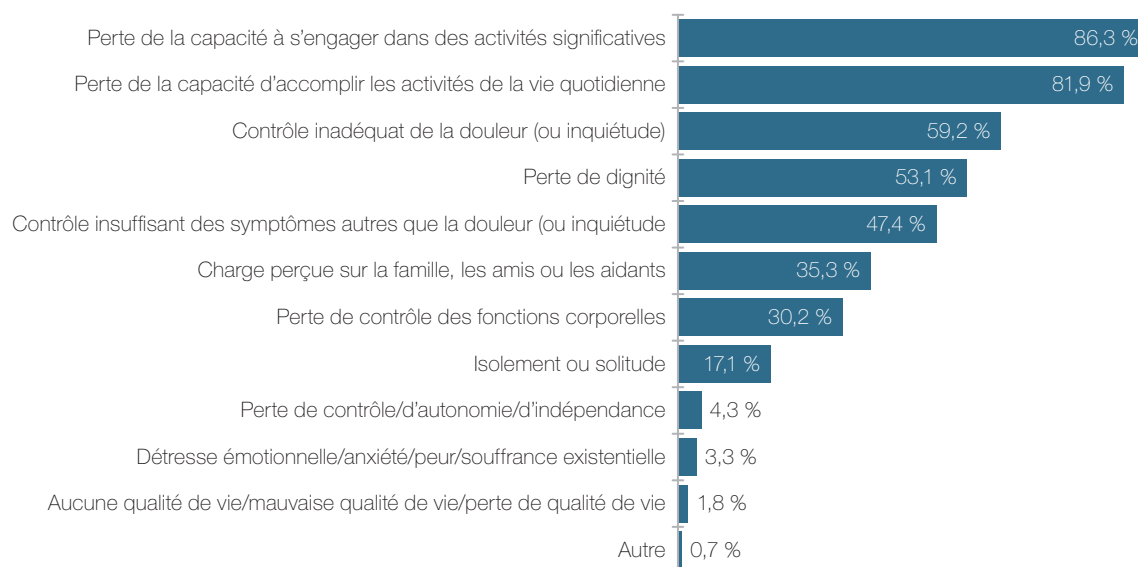
Ces résultats continuent de refléter les tendances observées au cours des trois dernières années (2019 à 2021); les données montrent que la nature de la souffrance conduisant une personne à demander une aide médicale à mourir est restée constante au cours des quatre dernières années.

Le graphique 4.3 présente la liste complète des motifs cités par les bénéficiaires comme nature de leur souffrance.

Un homme de 75 ans a été admis dans l'unité de soins palliatifs pour des douleurs intractables et une toux croissante en raison d'un carcinome épidermoïde du poumon. Selon moi, son pronostic était de quelques jours. Il ressentait des douleurs surtout lorsqu'il toussait, et il n'était plus acceptable pour lui de vivre ainsi. Il était dyspnéique au moindre effort. Il ne voulait pas subir l'agonie, il ne voulait pas de sédation palliative, il comprenait très bien sa maladie et il n'a pas été influencé par d'autres personnes dans sa décision. Son malaise s'aggravait de jour en jour. Sa famille l'a soutenu dans ses décisions.

Rapport du praticien, 2022

Graphique 4.3 : Nature de la souffrance des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir, 2022



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 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 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 constituent une approche globale permettant de traiter une personne atteinte d'une maladie grave. Les soins palliatifs comprennent les soins qui répondent aux besoins physiques, sociaux, psychologiques et spirituels, ainsi que le soutien émotionnel. Les soins palliatifs peuvent être prodigués par une grande variété de prestataires de soins, y compris les prestataires de soins primaires, les spécialistes de maladies, les spécialistes des soins palliatifs et les aidants non rémunérés de la personne¹².

J'ai effectué la deuxième évaluation et administré l'aide médicale à mourir. Cancer du pancréas de stade 4, état avancé de déclin et de souffrance. Presque constamment alité, il est totalement dépendant des soins infirmiers. Aucune préoccupation quant à la confusion ou à la capacité. Le patient avait été admis aux soins palliatifs il y a deux semaines, mais il y était connu depuis un certain temps en tant que patient externe. AMM administrée dans le service de soins palliatifs de l'hôpital.

Rapport du praticien, 2022

En 2022, les praticiens de l'aide médicale à mourir ont déclaré que la majorité des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir (77,6 %) avaient reçu des soins palliatifs. Ces chiffres sont comparables à ceux des trois dernières années. Parmi les personnes ayant reçu des soins palliatifs, 49,9 % les ont reçus pendant un mois ou plus, ce qui est semblable aux résultats de 2021. Selon les rapports, parmi les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir qui n'ont pas reçu de soins palliatifs (19,6 %), 87,5 % ont eu accès à ces services. Ce résultat est resté cohérent entre 2019 et 2022, ce qui indique que les soins palliatifs restent à la fois disponibles et accessibles pour les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir. Les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir ayant un cancer comme

affection principale sont ceux qui sont le plus souvent déclarés comme ayant reçu des soins palliatifs. Des données nouvelles et élargies recueillies en vertu du *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir* modifié (qui seront communiquées en 2024) fourniront davantage de renseignements sur le lieu où les soins palliatifs ont été reçus et sur les types de soins fournis, ce qui permettra d'avoir une meilleure idée du soutien palliatif apporté aux bénéficiaires de l'aide médicale à mourir.

Le handicap est un phénomène complexe, qui reflète l'interaction entre les caractéristiques du corps et de l'esprit d'une personne et les caractéristiques de la société dans laquelle elle vit. Les services de soutien aux personnes handicapées représentent le large éventail de services de santé et de soutien communautaire disponibles pour aider une personne et peuvent comprendre, sans s'y limiter, les technologies d'assistance, l'équipement adapté, les services de réadaptation, les services de soins personnels et les compléments de revenu.

En 2022, 36,8 % 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, soit une baisse par rapport à 2021 (43,0 %). Parmi ces personnes, la majorité (89,5 %) ont bénéficié de services de soutien aux personnes handicapées. Parmi celles-ci, 39,8 % ont bénéficié de ces services pendant 6 mois ou moins, tandis que 38,4 % ont bénéficié de ces services pendant 6 mois

¹² Soins palliatifs : Aperçu – Canada.ca et Accès aux soins palliatifs au Canada (ICIS)

ou plus (la durée étant inconnue dans 21,9 % des déclarations). Dans les rapports, parmi les bénéficiaires de l'aide médicale ayant besoin de services de soutien aux personnes handicapées, 4,1 % n'en ont pas bénéficié. Parmi les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir ayant besoin de services de soutien aux personnes handicapées et n'en ayant pas bénéficié (4,1 %), 75,0 % y ont eu accès. Ces résultats sont semblables à ceux de l'année 2021. Le recours aux services de soutien aux personnes handicapées parmi les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir en 2022 était plus fréquent chez les personnes atteintes d'un trouble neurologique. Les données nouvelles et élargies recueillies en vertu du règlement modifié fourniront davantage de renseignements sur les services de soutien aux personnes handicapées, en particulier sur les types de services reçus, et seront communiquées en 2024. Le tableau 4.4 résume les résultats pour les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir qui ont reçu des services de soins palliatifs et de soutien aux personnes handicapées en 2022.

Tableau 4.4 : Bénéficiaires de l'aide médicale à mourir ayant reçu des services de soins palliatifs et de soutien aux personnes handicapées, 2022

Services de soins palliatifs			Services de soutien aux personnes handicapées		
	Nombre	Pourcentage		Nombre	Pourcentage
Personnes ayant reçu des soins palliatifs	10 169	77,6 %	Personnes ayant nécessité des services de soutien aux personnes handicapées	4 819	36,8 %
Personnes n'ayant pas reçu de soins palliatifs	2 573	19,6 %	Personnes n'ayant pas nécessité de services de soutien aux personnes handicapées	5 242	40,0 %
Inconnu	360	2,8 %	Inconnu	3 041	23,2 %
			Personnes ayant reçu des services de soutien aux personnes handicapées	4 314	89,5 %
Les soins palliatifs étaient accessibles en cas de besoin	2 250	87,5 %	Personnes qui avaient besoin de services de soutien aux personnes handicapées mais n'en ont pas reçu	196	4,1 %
			Les services de soutien aux personnes handicapées étaient accessibles en cas de besoin	147	75,0 %
Soins palliatifs – durée			Soutien aux personnes handicapées – durée		
Moins de deux semaines	2 349	23,1 %	Moins de six mois	1715	39,8 %
De deux semaines à un mois	1 848	18,2 %	Six mois ou plus	1655	38,4 %
Un mois ou plus	5 071	49,9 %	Inconnu	944	21,9 %
Inconnu	901	8,9 %			

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 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.

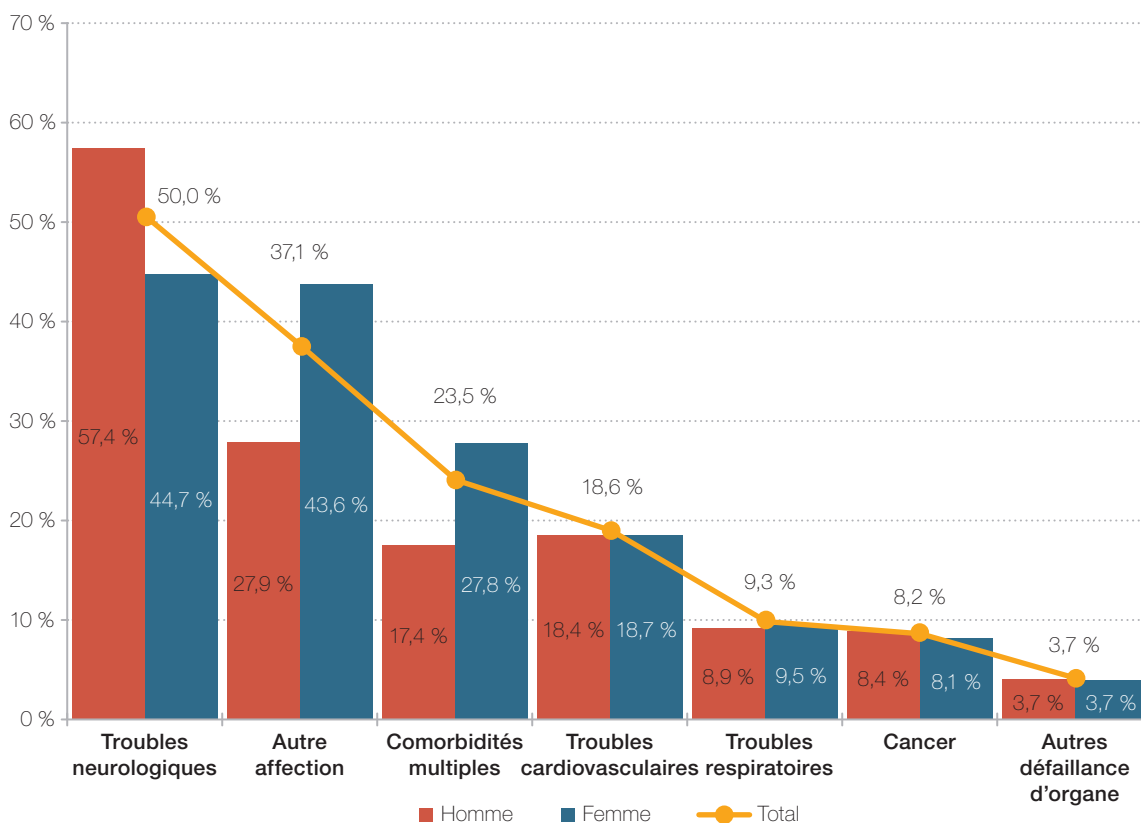
4.5 Profil des personnes bénéficiant de l'aide médicale à mourir et dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible

L'année 2022 marque la deuxième année où la loi autorise l'aide médicale à mourir pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, si tous les autres critères d'admissibilité sont respectés (tableau 1.1). La nouvelle loi fédérale sur l'aide médicale à mourir, adoptée le 17 mars 2021, a créé deux séries de mesures de protection que les praticiens de l'aide médicale à mourir doivent suivre, selon que la mort naturelle d'une personne est raisonnablement prévisible ou non. Cette approche en matière de mesures de protection permet de consacrer suffisamment de temps et d'expertise à l'évaluation des demandes d'aide médicale à mourir venant de personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible. Des mesures de protection nouvelles et renforcées (tableau 1.2), y compris une période d'évaluation d'au moins 90 jours, visent les diverses sources de souffrance et de vulnérabilité qui pourraient amener une personne dont la mort n'est pas imminente à demander une aide médicale à mourir et d'identifier des alternatives à l'AMM qui pourraient réduire la souffrance.

En 2022, pour 3,5 % des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir (463 personnes), la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible, ce qui représente une légère augmentation par rapport à 2021, où pour 2,2 % des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir (223 personnes) la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible. En pourcentage de tous les décès attribuables à l'aide médicale à mourir au Canada, les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible ne représentent que 0,14 % de tous les décès au Canada en 2022 (par rapport à tous les cas d'aide médicale à mourir, qui représentent 4,1 % de tous les décès au Canada en 2022). La proportion de bénéficiaires de l'aide médicale à mourir dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible reste très faible en comparaison au nombre total de bénéficiaires de l'aide médicale à mourir.

Les personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible présentent un profil médical différent de celui des personnes dont la mort était raisonnablement prévisible. Comme le montre le graphique 4.5A, la principale affection médicale sous-jacente signalée dans la population dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible était un trouble neurologique (50,0 %), suivie d'une « autre affection » (37,1 %) et de comorbidités multiples (23,5 %). Cela diffère de la principale affection (présentée dans le graphique 4.1A) pour tous les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir en 2022, dont la majorité avait un cancer comme principale affection médicale sous-jacente (63,0 %), suivi de troubles cardiovasculaires (18,8 %), d'« autres affections » (14,9 %) (telles que douleurs chroniques, arthrose, fragilité, fibromyalgie, maladies auto-immunes). Ces résultats sont semblables à ceux de l'année 2021.

Graphique 4.5A : Affection principale : Aide médicale à mourir, mort naturelle non raisonnablement prévisible, 2022



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 2023. Pour 2022, cela représente 463 cas d'aide médicale à mourir pour des personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible, du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022.
2. Les prestataires ont pu sélectionner plus d'une affection médicale lors de la déclaration; le total dépasse donc 100 %.

Des proportions similaires d'hommes et de femmes dont la mort n'était pas naturellement prévisible ont été déclarées comme étant atteintes de maladies cardiovasculaires, de troubles respiratoires, de cancers et de défaillances d'organes. En revanche, plus d'hommes que de femmes étaient atteints de troubles neurologiques (57,4 % contre 44,7 %) et plus de femmes que d'hommes étaient atteintes d'une « autre affection » (43,6 % contre 27,9 %) et de comorbidités multiples (27,8 % contre 17,4 %).

De personnes de cette population, 34,8 % ont reçu des soins palliatifs (contre 77,6 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir). 53,8 % des personnes dont la mort n'était pas naturellement prévisible ont eu besoin de services de soutien aux personnes handicapées (contre 36,8 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir) et 92,8 % ont reçu ces services de soutien aux personnes handicapées (contre 89,5 % de l'ensemble des bénéficiaires 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 ces personnes est cohérent avec la nature divergente de la principale affection sous-jacente des personnes dans cette population.

Le pourcentage de femmes dont la mort n'était pas naturellement prévisible était plus élevé que celui des hommes (59,0 % contre 41,0 %) en 2022 (en comparaison avec 52,5 % de femmes contre 47,5 % d'hommes en 2021). En revanche, les hommes sont légèrement plus nombreux que les femmes (51,8 % contre 48,2 %) pour les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir en 2022 dont la mort était prévisible.

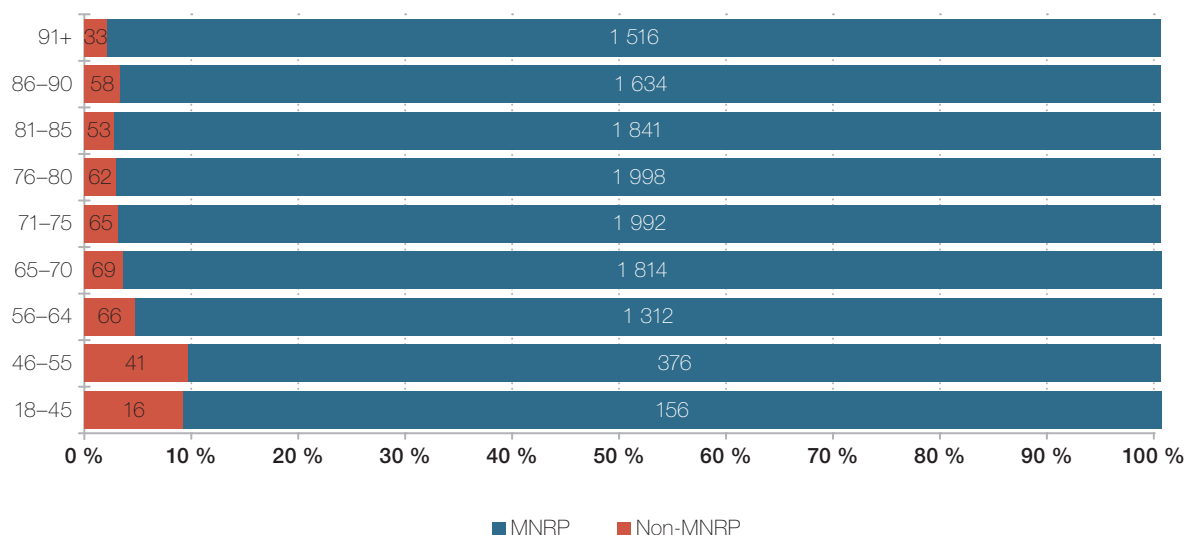
L'âge moyen des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible en 2022 était de 73,1 ans, soit un peu plus que l'âge moyen de 70,1 ans en 2021, et un peu moins que l'âge moyen de 77,0 ans pour l'ensemble des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir en 2022. Le graphique 4.5B montre la répartition des cas d'aide médicale à mourir pour les personnes dont la mort naturelle était raisonnablement prévisible (n = 12 639) par rapport à celles dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible (n = 463), selon les différentes catégories d'âge.

La patiente souffrait de sclérose en plaques depuis plus de 30 ans, avec une faiblesse progressive et des douleurs chroniques. Malgré les nombreux ajustements de sa médication par l'équipe soignante et l'intervention d'un travailleur social et d'un ergothérapeute, la patiente envisage depuis longtemps de recourir à l'aide médicale à mourir. Elle est atteinte d'une maladie incurable qui a évolué, avec des handicaps physiques et des souffrances morales ainsi qu'une perte de dignité à vivre dans ses circonstances. Vivre ainsi, c'est perdre le sens de la vie. Elle comprend ses options, ses problèmes de santé, son approche est exempte de préjugés et elle est très réfléchie. Elle reste en forme tout au long de mes évaluations.

Rapport du praticien dans des circonstances où la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible, 2022

Parmi les cas d'aide médicale à mourir pour les personnes dont la mort était raisonnablement prévisible, la majorité était des personnes âgées de 71 ans et plus (71,1 %) alors que seulement 28,9 % étaient des personnes âgées de 18 à 70 ans. Une tendance semblable a été observée pour les personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible – un pourcentage plus élevé de personnes ayant reçu l'aide médicale à mourir était âgé de 71 ans et plus (58,5 %), et un pourcentage moins élevé était âgé de 18 à 70 ans (41,5 %). Dans l'ensemble, cependant, les cas d'aide médicale à mourir pour les personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible avaient tendance à être dans les catégories d'âge plus jeunes que les cas pour les personnes dont la mort naturelle était prévisible.

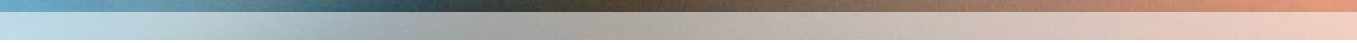
Graphique 4.5B : Aide médicale à mourir par catégorie d'âge : mort naturelle raisonnablement prévisible par rapport à mort naturelle non raisonnablement prévisible, 2022



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 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 décès attribuables à l'aide médicale à mourir (463 cas où la mort naturelle des personnes n'était pas raisonnablement prévisible et 12 639 cas où la mort était raisonnablement prévisible).

Comme l'exige la législation, le minimum de 90 jours doit s'écouler entre le début du processus d'évaluation et la fourniture de l'AMM pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible. Cette période peut être raccourcie si la personne est sur le point de perdre sa capacité à prendre des décisions en matière de soins de santé, à condition que les deux évaluations aient été effectuées. Aucune période d'évaluation minimale n'est requise pour les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible. Il faut généralement beaucoup plus de temps pour évaluer une personne dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible et pour qu'elle reçoive l'aide médicale à mourir qu'une personne dont la mort naturelle est plus proche.



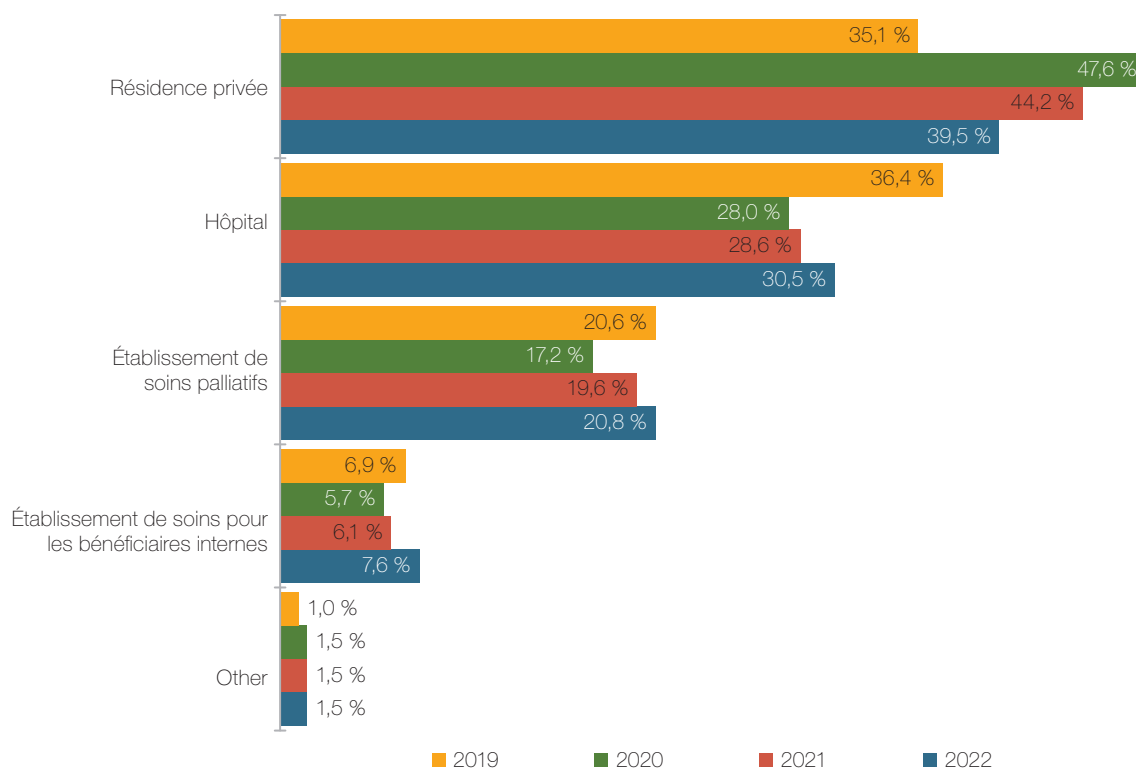
Le processus d'évaluation pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible est également souvent plus difficile en raison de la nature et de la complexité associées aux affections médicales de cette population et des circonstances particulières de la personne qui en fait la demande. Une consultation plus approfondie est souvent nécessaire, notamment en demandant l'avis d'autres professionnels de la santé ayant des connaissances plus précises sur l'état de santé de la personne. Les mesures de protection nouvelles et renforcées pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible exigent également que l'un des deux praticiens évaluant l'admissibilité ait une expertise de l'affection qui cause la souffrance de la personne et, si ce n'est pas le cas, qu'ils consultent un autre praticien ayant cette expertise. Les données pour 2022 montrent qu'en plus du deuxième avis écrit obligatoire d'un autre évaluateur de l'aide médicale à mourir pour tous les cas d'aide médicale à mourir, les praticiens ont également consulté d'autres professionnels de la santé pour 63,5 % des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible. Ce pourcentage est plus élevé que pour les personnes dont la mort naturelle était raisonnablement prévisible, pour lesquelles les praticiens ont obtenu des conseils supplémentaires dans 36,0 % des cas. Parmi les autres professionnels de santé consultés pour les personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible, citons des prestataires de soins primaires, des travailleurs sociaux, des psychiatres, des infirmiers et des neurologues.

5.0 Prestation de l'aide médicale à mourir

5.1 Décès attribuables à l'aide médicale à mourir selon le milieu

En 2022, la résidence privée a continué d'être le lieu principal (39,5 %) d'administration de l'aide médicale à mourir au Canada. Il s'agit d'une baisse par rapport à 2021 (44,2 %) et à 2020 (47,6 %), lorsque les précautions rendues nécessaires par la pandémie de la COVID-19 ont déplacé les procédures d'un cadre institutionnel à un cadre à domicile. Le pourcentage de personnes ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir dans les hôpitaux en 2022 était de 30,5 %, soit un peu plus qu'en 2021 (28,6 %), mais moins qu'en 2019 (36,4 %). Les établissements de soins palliatifs ont accueilli 20,8 % des procédures d'aide médicale à mourir, soit une légère augmentation par rapport à 2021 (19,6 %), et un pourcentage semblable à celui de 2019. Les procédures d'aide médicale à mourir dans les établissements de soins pour bénéficiaires internes ont légèrement augmenté en 2022 (7,6 %), tandis que les procédures dans d'autres environnements (le plus souvent des établissements ambulatoires ou des cabinets médicaux ou cliniques) sont restées stables à 1,5 %. Dans les trois administrations dont le nombre de procédures d'aide médicale à mourir est le plus élevé (Québec, Ontario et Colombie-Britannique), il y a eu plus de procédures dans les hôpitaux que dans les résidences privées (40,0 % contre 30,0 %) au Québec, tandis qu'en Ontario et en Colombie-Britannique, plus de procédures d'aide médicale à mourir ont été réalisées dans les résidences privées (48,1 % et 43,8 % respectivement) que dans les hôpitaux (21,8 % et 26,1 % respectivement). Au Québec, les médicaments de l'aide médicale à mourir sont délivrés par les pharmacies des hôpitaux plutôt que par les pharmacies communautaires, ce qui peut influencer sur le lieu d'administration de l'aide médicale à mourir. Une ventilation par administration est présentée à l'annexe A.

Graphique 5.1 : Décès attribuables à l'aide médicale à mourir selon le milieu, 2019 à 2022



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 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 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, 2020 et 2021 sont présentées ici aux fins de comparaison avec les données de 2022.
4. Les rapports des années précédentes ont été révisés pour inclure des corrections et des déclarations supplémentaires.

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

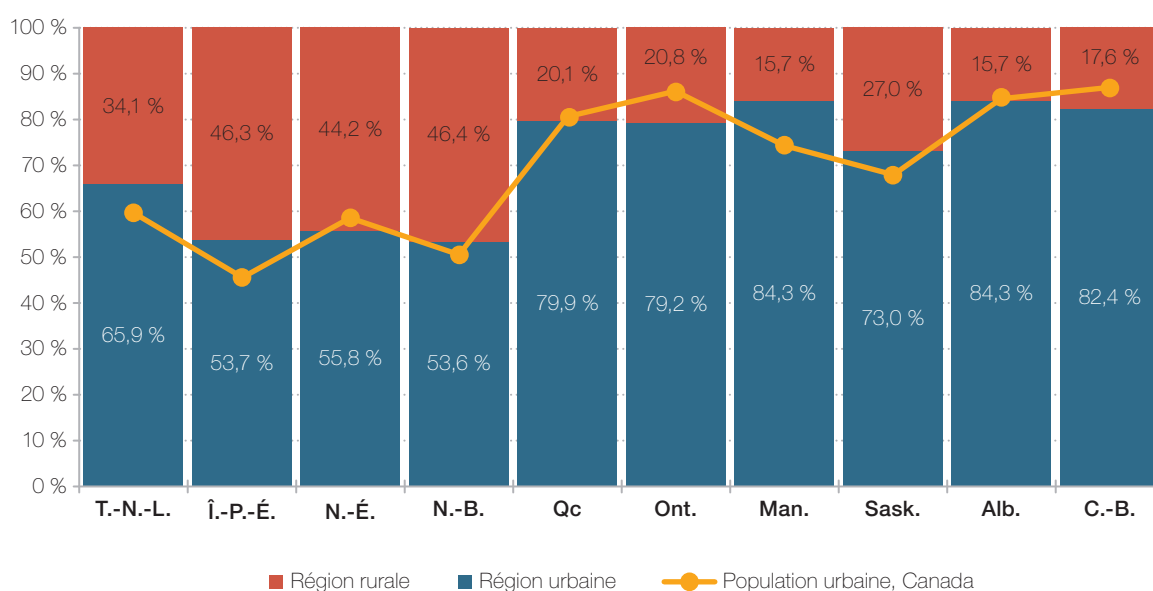
L'emplacement de la personne bénéficiant de l'aide médicale à mourir est déterminé en fonction du code postal associé à sa Carte santé provinciale/territoriale et est représentatif de son lieu de résidence. Ce n'est pas nécessairement là que l'aide médicale à mourir est administrée, sauf pour les procédures qui se déroulent à la résidence de la personne.

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 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 actuel. Toutes les régions situées en dehors des centres de population sont classées comme régions rurales.

La répartition des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir pour 2022 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 administration en fonction du recensement de 2021 (graphique 5.2). En général, les provinces de l'Atlantique présentaient une proportion plus élevée de bénéficiaires de l'aide médicale à mourir vivant dans des zones rurales, allant de 34,1 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 46,4 % au Nouveau-Brunswick. Le Québec (79,9 %), l'Ontario (79,2 %), le Manitoba et l'Alberta (84,3 % dans les deux cas) ainsi que la Colombie-Britannique (82,4 %) affichaient la plus forte proportion de bénéficiaires de l'aide médicale à mourir vivant dans des zones urbaines.

Par rapport aux résultats de 2021, la zone géographique des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir en 2022 est restée relativement stable. Dans certaines administrations, le nombre de résidents vivant dans des zones rurales était légèrement inférieur en 2022 par rapport à 2021. Il s'agit de Terre-Neuve-et-Labrador (-11,0 %), du Manitoba (-3,6 %) et de la Saskatchewan (-3,8 %). Selon le recensement de Statistique Canada de 2021¹³, pour la majorité des administrations, la croissance de la population est plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales, ce qui pourrait avoir une incidence sur la population de l'aide médicale à mourir dans certaines administrations. Par exemple, la proportion de la population canadienne totale vivant dans des zones rurales est passée de 18,9 % en 2011 à 17,8 % en 2021. Une ventilation de la zone géographique des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir en 2022 par zones urbaines et rurales et par administration est présentée à l'annexe A.

Graphique 5.2 : Décès attribuables à l'aide médicale à mourir : région urbaine et région rurale, 2022



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 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 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 (FCPP+) Version 7C, Guide de référence. Février 2020.
4. % de la population urbaine : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-x/2021002/98-200-x2021002-fra.cfm>

¹³ Croissance démographique dans les régions rurales du Canada, 2016 à 2021 (statcan.gq.ca)

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

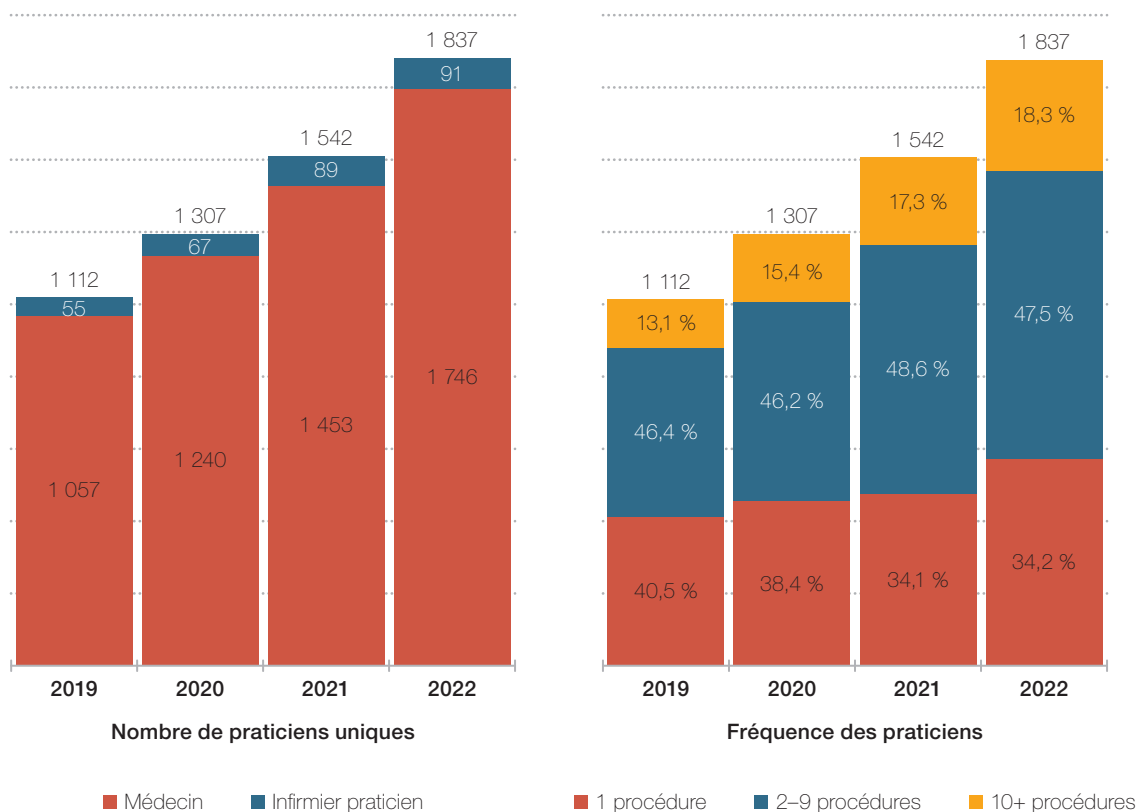
Le nombre total de praticiens uniques (comptabilisés par le numéro de licence unique du praticien) administrant l'aide médicale à mourir au cours de l'année 2022 était de 1 837. Ce résultat présente une augmentation de 19,1 % par rapport à 2021, année où l'on comptait 1 542 praticiens uniques administrant l'aide médicale à mourir. Par ailleurs, 95,0 % de tous les praticiens administrant l'aide médicale à mourir étaient des médecins, tandis que 5,0 % étaient des infirmiers praticiens. Comme le montre le graphique 5.3, la proportion de médecins et d'infirmiers praticiens administrant l'aide médicale à mourir est pratiquement inchangée depuis 2019. Toutefois, comme le montre le graphique 5.4, les infirmiers praticiens réalisent une part croissante des procédures d'aide médicale à mourir. Les médecins ont réalisé 90,6 % des procédures d'aide médicale à mourir en 2022, tandis que les infirmiers praticiens ont effectué 9,4 % des procédures d'aide médicale à mourir, une augmentation par rapport à 8,4 % en 2021 et à 7,0 % en 2019. En 2022, l'aide médicale à mourir a été administrée par des infirmiers praticiens à Terre-Neuve-et-Labrador, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique.

En moyenne, depuis 2019, le nombre de praticiens uniques administrant l'aide médicale à mourir a augmenté de 18,2 % par an. Au cours de cette même période, la croissance des procédures de l'aide médicale à mourir a été en moyenne de 32,7 % par année. Cela signifie que, bien que le nombre de praticiens de l'aide médicale à mourir ait augmenté chaque année, le taux de croissance de l'aide médicale à mourir est plus élevé et, par conséquent, le nombre moyen de procédures par praticien est plus élevé chaque année. En 2022, le nombre moyen de procédures d'aide médicale à mourir par praticien était de 7,2, contre 6,5 en 2021, 5,8 en 2020 et 5,1 en 2019.

Le nombre de procédures d'aide médicale à mourir par praticien unique (fréquence de l'administration) est présenté dans le graphique 5.3. En 2022, 34,2 % des praticiens n'ont effectué qu'une seule procédure, tandis que 47,5 % ont réalisé entre 2 et 9 procédures, et 18,3 % ont effectué 10 procédures ou plus. Le nombre de praticiens réalisant plus d'une procédure par année était de 65,8 % en 2022, comparable aux résultats de 2021, mais en hausse par rapport à ceux de 2019 (59,5 %).

En plus d'administrer l'aide médicale à mourir, les praticiens peuvent également évaluer les personnes qui ne reçoivent pas l'aide médicale à mourir, mais qui retirent leur demande, sont jugées inadmissibles, ou décèdent d'une autre cause avant d'avoir bénéficié de l'aide médicale à mourir. En 2022, 314 praticiens de plus ont déclaré avoir évalué des personnes dans le cadre de ces autres scénarios. Cela signifie qu'en 2022, un total de 2 151 praticiens ont soit administré une aide médicale à mourir, soit évalué une personne qui n'a pas reçu d'aide médicale à mourir. D'autres praticiens peuvent également fournir le deuxième avis écrit obligatoire, mais le système fédéral de surveillance de l'aide médicale à mourir ne recueille pas de renseignements concernant ces praticiens. Les praticiens qui administrent l'aide médicale à mourir ont commencé à spécialiser leur pratique, certains praticiens ne procédant qu'à l'évaluation pour l'aide médicale à mourir (c'est-à-dire qu'ils n'administrent pas l'aide médicale à mourir), ou n'acceptant que les demandes d'aide médicale à mourir de personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible. Le système fédéral de surveillance de l'aide médicale à mourir ne recueille pas ces renseignements. Cependant, les praticiens qui évaluent mais qui n'ont pas été identifiés comme fournisseurs d'aide médicale à mourir jouent un rôle très important dans le système d'aide médicale à mourir du Canada.

Graphique 5.3 : Praticiens uniques de l'aide médicale à mourir au Canada et fréquence de l'administration, 2019 à 2022



NOTES EXPLICATIVES :

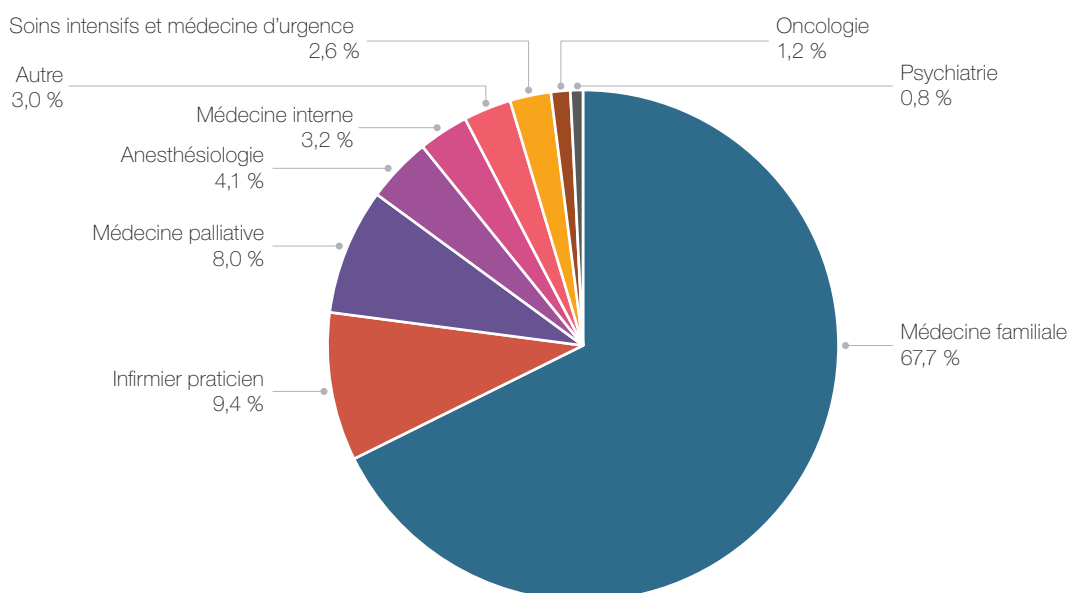
1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 décès attribuables à l'aide médicale à mourir, y compris les procédures d'aide médicale à mourir pour les personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible et les cas d'autoadministration.
2. Les données des années 2019, 2020 et 2021 sont présentées ici aux fins de comparaison avec les données de 2022.
3. Les rapports des années précédentes ont été révisés pour inclure des corrections et des déclarations supplémentaires.

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

Le type de praticien administrant l'aide médicale à mourir est resté similaire au cours des quatre dernières années pendant lesquelles des données détaillées ont été collectées en vertu du règlement. La majorité des praticiens administrant l'aide médicale à mourir travaillent dans les spécialités de la médecine familiale (67,7 % des procédures), de la médecine palliative (8,0 % des procédures), des infirmiers praticiens (9,4 % des procédures) et de l'anesthésiologie (4,1 %), ce qui représente 89,2 % de tous les cas d'aide médicale à mourir. Les 10,8 % restants des procédures est effectué par d'autres spécialités médicales, notamment : la médecine interne (3,2 %), les soins intensifs et la médecine d'urgence (2,6 %), l'oncologie (1,2 %) et d'autres spécialités (3,8 %) comme la psychiatrie, les spécialistes de l'aide médicale à mourir¹⁴, la gériatrie, la neurologie et la médecine respiratoire. Le graphique 5.4 présente la spécialité des praticiens ayant administré l'aide médicale à mourir en 2022. Une ventilation par administration est présentée à l'annexe A.

En 2022, les médecins ont fourni 92,7 % des deuxièmes avis écrits obligatoires, et les infirmiers praticiens, 7,3 %.

Graphique 5.4 : Spécialité des praticiens ayant administré l'aide médicale à mourir, 2022



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 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.

2. Spécialité du prestataire de l'aide médicale à mourir :

- La spécialité *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;
- La spécialité *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.

3. Ce tableau ne représente que les prestataires d'AMM, et non les évaluateurs.

¹⁴ Bien que la pratique de l'aide médicale à mourir comme spécialité ne soit pas officiellement reconnue par les organismes de certification médicale au Canada, il s'agit d'un type de spécialité déclaré par le biais du régime de surveillance. Aux fins 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.

6.0 Mesures de protection 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, et vérifier auprès d'un deuxième praticien indépendant qu'il a également déterminé que la personne répond aux critères d'admissibilité. Cette section aborde certains des critères d'admissibilité et mesures de protection présentés dans les tableaux 1.1 et 1.2, notamment l'origine de la demande écrite d'aide médicale à mourir, la détermination du caractère volontaire de la demande de la personne, la consultation d'autres professionnels de la santé, ainsi que l'information communiquée par les pharmaciens. Une mort naturelle raisonnablement prévisible n'est plus un critère d'admissibilité pour l'aide médicale à mourir. 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. Depuis le 1^{er} janvier 2023, des données supplémentaires sont recueillies sur les critères d'éligibilité et les mesures de protection appliquées à tous les demandeurs d'aide médicale à mourir, avec des renseignements complémentaires requis pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible; cela fera l'objet d'un rapport en 2024.

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

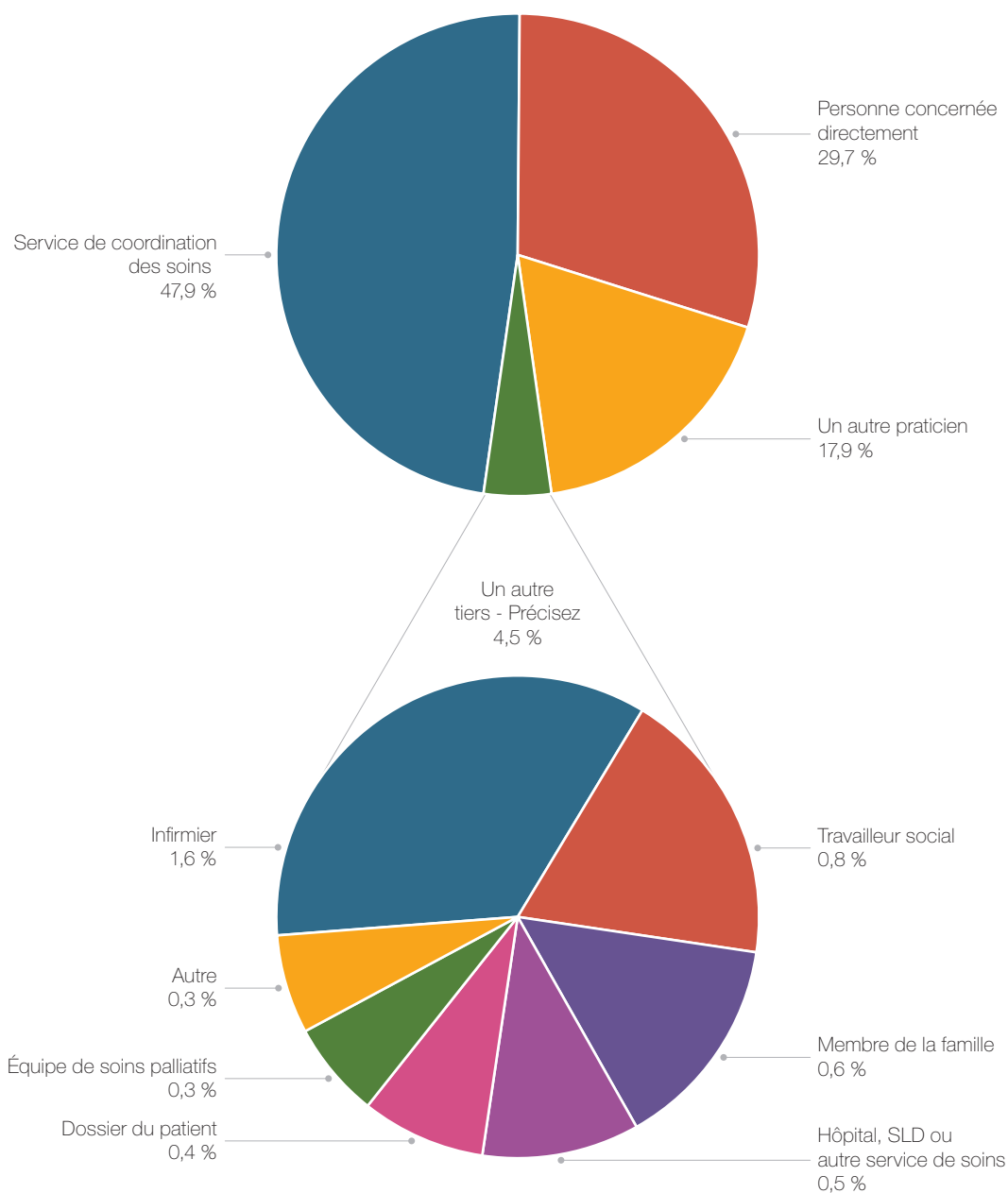
Pour être admissible à l'aide médicale à mourir, une personne doit faire une demande volontaire qui n'est pas faite à la suite de pressions extérieures. La déclaration d'une prestation d'aide médicale à mourir comprend la détermination de l'origine de la demande d'aide médicale à mourir. En 2022, 47,9 % 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. Venaient ensuite les demandes adressées directement par la personne (29,7 %), par l'intermédiaire d'un autre praticien tel qu'un médecin ou un infirmier praticien (17,9 %) et d'un autre tiers (4,5 %). Les autres demandes (tiers) proviennent d'autres sources telles qu'un membre de la famille, un infirmier, un travailleur social, un hôpital, un établissement de soins de longue durée ou un autre service de soins. Ces résultats sont présentés dans le graphique 6.1 et sont semblables à ceux des années précédentes.

Malgré le traitement d'un cancer du poumon métastatique, la patiente souffrait d'une faiblesse progressive et d'une perte d'autonomie. Elle ne pouvait plus marcher, elle était alitée et se déplaçait en fauteuil roulant. Le pronostic de récupération de sa capacité à marcher était très faible, et elle ne souhaitait pas vivre alitée, sachant qu'elle était également atteinte d'un cancer métastatique. Elle a consulté son mari, sa sœur et sa mère. Sa mère et sa sœur sont venues de l'extérieur de la ville pour être avec elle lors de sa dernière semaine et se sont relayées pour rester avec elle à l'hôpital. Elle était inébranlable dans sa demande et bénéficiait du soutien total de sa famille. Elle était en paix avec sa décision et sereine.

Rapport du praticien, 2022

L'origine de la demande varie selon l'administration. Certaines administrations ont mis en place des systèmes de coordination de l'aide médicale à mourir à l'échelle provinciale ou à l'échelle de l'autorité sanitaire pour la réception et le tri des demandes d'aide médicale à mourir. Les administrations où la majorité des demandes provenaient d'un service de coordination des soins étaient Terre-Neuve-et-Labrador (72,3 %), la Nouvelle-Écosse (76,6 %), le Manitoba (84,3 %), l'Alberta (80,8 %) et la Colombie-Britannique (70,4 %). À l'Île-du-Prince-Édouard (51,1 %), au Nouveau-Brunswick (52,7 %) et en Saskatchewan (60,6 %), plus de la moitié des demandes ont été adressées directement par la personne. Au Québec et en Ontario, où le nombre de cas d'aide médicale à mourir est le plus élevé, les demandes d'aide médicale à mourir sont adressées par les trois sources : les services de coordination des soins, un autre praticien et la personne elle-même. Ces résultats sont cohérents avec les tendances des dernières années. Une ventilation par administration est présentée à l'annexe A.

Graphique 6.1 : Origine de la demande écrite, 2022



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 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.

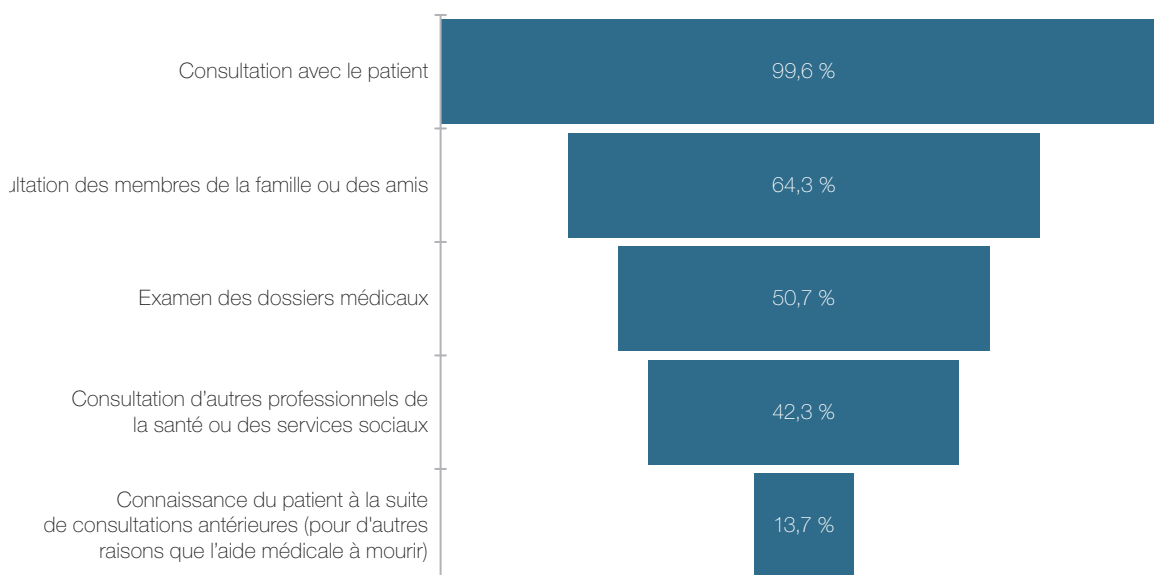
6.2 Détermination du caractère volontaire de la demande du patient

Le patient a été complètement constant dans l'expression de son souhait de bénéficier de l'aide médicale à mourir. Le formulaire de consentement en cas d'incapacité a été rempli par moi, en présence de son fils, à la suite de la deuxième évaluation. Le lendemain, le patient a exprimé le souhait que soit devancée la date d'administration de l'aide médicale à mourir en raison de l'augmentation de sa douleur et de la diminution de sa qualité de vie. Il a exprimé son désir de procéder plus rapidement. Son pronostic a été modifié par son équipe soignante. Il est passé à quelques jours. L'aide médicale à mourir a été administrée en présence de son fils et de sa fille à son chevet.

Rapport du praticien, 2022

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. Les résultats pour 2022 sont cohérents avec les résultats de 2019 à 2021. Les praticiens se sont forgé une opinion sur le caractère volontaire de la demande d'aide médicale à mourir en consultant le patient (99,6 %). Ils ont également consulté les membres de la famille ou les amis du patient (64,3 %), examiné ses dossiers médicaux (50,7 %) et consulté d'autres professionnels de la santé ou des services sociaux (42,3 %), et ils connaissaient le patient grâce à des consultations antérieures autres que celles organisées dans le cadre de l'aide médicale à mourir (13,7 %).

Graphique 6.2 : Détermination du caractère volontaire de la demande du patient, 2022



NOTES EXPLICATIVES :

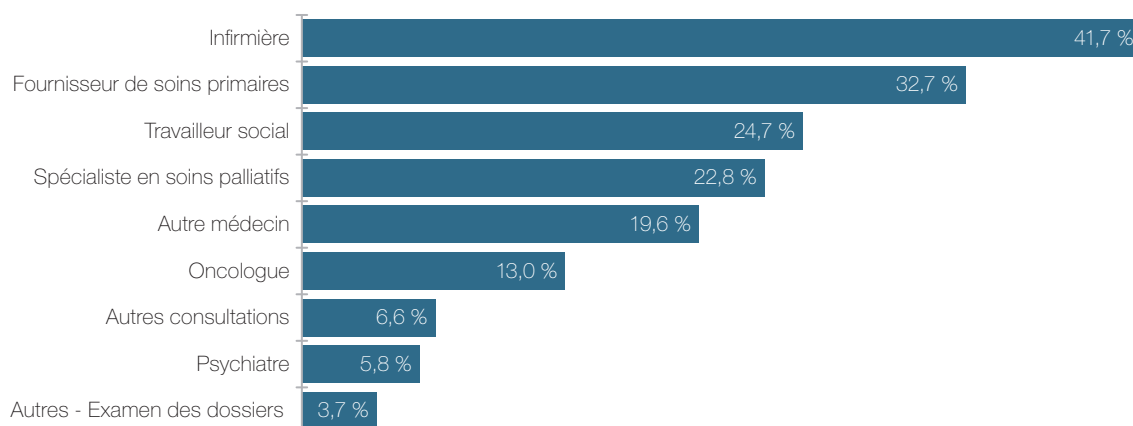
1. Ce graphique représente les décès attribuables à l'aide médicale à mourir pour lesquelles la déclaration a été reçue par Santé Canada au plus tard le 31 janvier 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.
2. Les praticiens ont pu définir plus d'une méthode qu'ils ont utilisée pour arriver à cette conclusion, les totaux dépassent donc 100 %.

6.3 Consultation d'autres professionnels de la santé

La consultation d'autres professionnels de la santé est une pratique médicale courante et a souvent été entreprise par les praticiens de l'aide médicale à mourir au cours du processus d'évaluation. Cette pratique est différente de celle qui exige l'obtention d'un deuxième avis écrit obligatoire. La consultation dans ce contexte est également différente de l'exigence, dans le cas des personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible, selon laquelle un des deux praticiens évaluant l'admissibilité doit posséder une expertise de l'affection qui cause la souffrance de la personne et, si ce n'est pas le cas, qu'il doit consulter un autre praticien ayant cette expertise (comme on l'indique dans la section 4.5). En 2022, les praticiens ont consulté d'autres professionnels de santé dans 37,0 % des cas d'aide médicale à mourir. Il s'agit d'une diminution par rapport à 2021 (41,4 %) et à 2019 (48,3 %).

Les types de consultations auprès d'autres professionnels de la santé en 2022 étaient très semblables à ceux des années précédentes, ce qui témoigne de la cohérence dans le type de renseignements que les praticiens recherchent généralement pour éclairer leur évaluation d'une personne pour l'aide médicale à mourir. Les infirmiers étaient les professionnels de santé les plus consultés (41,7 %), suivis des prestataires de soins primaires (32,7 %), des travailleurs sociaux (24,7 %), des spécialistes en soins palliatifs (22,8 %) et des autres médecins (19,6 %), notamment ceux de la spécialité Médecine interne, des neurologues, des pneumologues et du médecin traitant principal. Le graphique 6.3 présente une liste des professionnels de la santé consultés dans le cadre des évaluations de l'aide médicale à mourir.

Graphique 6.3 : Consultation d'autres professionnels de la santé, 2022



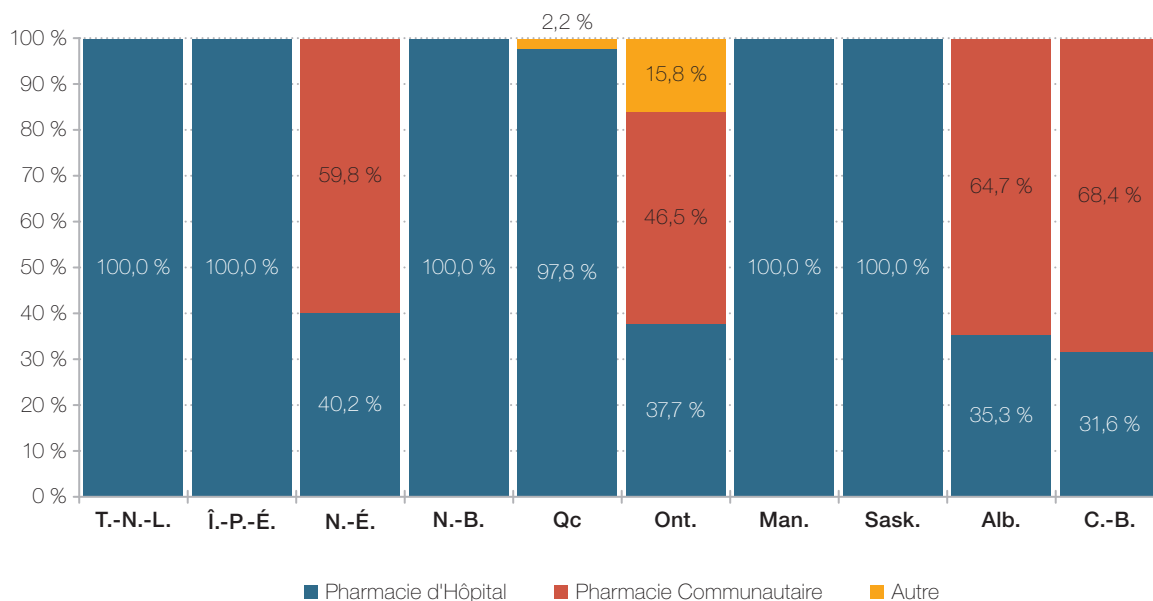
NOTES EXPLICATIVES :

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 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.
2. Les praticiens ont pu choisir plus d'une option; c'est pourquoi les totaux dépassent 100 %. Le dénominateur de ce graphique reflète le nombre total de praticiens qui ont consulté d'autres professionnels de la santé (pour un total de 4 841 personnes bénéficiant de l'aide médicale à mourir).
3. La catégorie Autre médecin comprend les consultations d'un large éventail de plus de 30 spécialités médicales, les plus courantes étant les spécialistes en médecine interne, les neurologues, les pneumologues, les médecins traitants et les gériatres.
4. 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 faire une déclaration, en vertu du régime de surveillance fédéral, lorsqu'une substance est délivrée en vue de la prestation de l'aide médicale à mourir. 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 types de pharmacies qui ont délivré des médicaments destinés à l'aide médicale à mourir en 2022 sont restés les mêmes que les années précédentes. 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 destinés à l'aide médicale à mourir (97,8 %) ont été délivrés par les pharmacies des hôpitaux, les autres (2,2 %) 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 (15,8 %). La délivrance par les pharmacies communautaires est plus probable lorsque l'aide médicale à mourir est administrée dans une résidence privée, comme c'est le cas en Ontario et en Colombie-Britannique.

Graphique 6.4 : Délivrance de médicaments utilisés dans l'aide médicale à mourir par type de pharmacie, 2022



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 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 décès attribuables à l'aide médicale à mourir.

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

7.1 Nombre de demandes et résultats

En 2022, 16 104 demandes écrites d'aide médicale à mourir ont été recensées, soit une augmentation de 26,5 % par rapport au nombre de demandes écrites en 2021. Les demandes écrites d'aide médicale à mourir ont augmenté en moyenne de 28,2 % par année entre 2020 et 2022. La surveillance fédérale effectuée dans le cadre du Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir pour la période allant du 1^{er} novembre 2018 au 31 décembre 2022 est axée uniquement sur la déclaration des demandes écrites. Elle ne tient pas compte des demandes verbales ni des demandes adressées par l'intermédiaire d'un professionnel de la santé autre qu'un infirmier praticien ou un médecin, dans les cas où la demande n'a pas donné lieu à l'administration d'aide médicale à mourir.

Le tableau 7.1 présente les demandes d'aide médicale à mourir et les résultats connexes, par administration, pour 2022. En 2022, la plupart des demandes écrites (13 102 ou 81,4 %) ont abouti à l'administration de l'aide médicale à mourir. Les 18,6 % des demandes restantes ont abouti à un autre résultat que l'aide médicale à mourir : 560 personnes ont été jugées non admissibles (3,5 % des demandes écrites); 298 personnes ont retiré leur demande (1,9 % des demandes écrites); 2 144 personnes sont décédées avant de bénéficier de l'aide médicale à mourir (13,3 % des demandes écrites).

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. Certaines administrations de l'Ouest, comme le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta, affichent un pourcentage global légèrement inférieur de procédures d'aide médicale à mourir par rapport au nombre total de demandes, en comparaison avec les autres administrations. Cela peut s'expliquer par le fait qu'un plus grand nombre de demandes d'aide médicale à mourir qui n'aboutissent pas à la prestation d'une aide médicale à mourir sont consignées et signalées dans les systèmes provinciaux de coordination des soins.

Tableau 7.1 : Demandes et résultats de l'aide médicale à mourir par administration, 2022

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
Demandes d'aide médicale à mourir	103	48	304	260	5 885	4 640	297	342	1 068	3 132	-	-	-	16 104
Demandes qui ont été jugées non admissibles	-	0	-	-	301 (5,1 %)	74 (1,6 %)	12 (4,0 %)	0	35 (3,3 %)	129 (4,1 %)	-	-	-	560 (3,5 %)
Demandes qui ont été retirées	-	0	-	-	216 (3,7 %)	41 (0,9 %)	5 (1,7 %)	0	6 (0,6 %)	26 (0,8 %)	-	-	-	298 (1,9 %)
Demandes dans le cadre desquelles la personne est décédée d'une cause autre que l'aide médicale à mourir	14 (13,6 %)	7 (14,6 %)	30 (9,9 %)	33 (12,7 %)	658 (11,2 %)	591 (12,7 %)	57 (19,2 %)	86 (25,1 %)	195 (18,3 %)	469 (15,0 %)	-	-	-	2 144 (13,3 %)
Demandes ayant abouti à l'administration de l'aide médicale à mourir	85 (82,5 %)	41 (85,4 %)	269 (88,5 %)	224 (86,2 %)	4 710 (80,0 %)	3 934 (84,8 %)	223 (75,1 %)	256 (74,9 %)	832 (77,9 %)	2 508 (80,1 %)	16 (-)	-	-	13 102 (81,4 %)

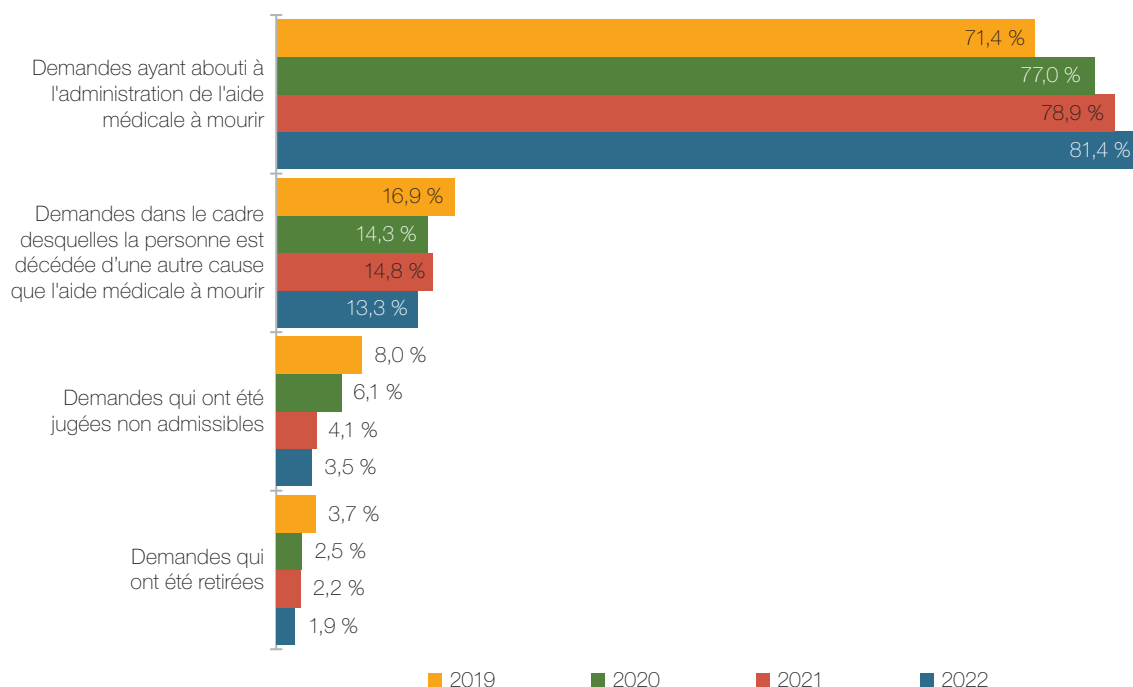
NOTES EXPLICATIVES :

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 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 décès attribuables à l'aide médicale à mourir et un total global de 16 104 demandes écrites.
2. Il est reconnu que les provinces/territoires peuvent faire état de nombres différents pour le total des demandes et de résultats différents pour les divers scénarios (retrait, non-admissibilité ou patient décédé) en fonction de leur propre méthodologie de réception et de comptabilisation des demandes.
3. En raison de leur petit nombre, certaines données ont été supprimées pour protéger la confidentialité (représentées par des tirets).
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.

Le graphique 7.1 présente les demandes et les résultats pour la période de 2019 à 2022. Le pourcentage de demandes aboutissant à l'administration de l'aide médicale à mourir continue d'augmenter d'année en année par rapport au total des demandes écrites. En 2022, 81,4 % du total des demandes écrites ont donné lieu à l'administration de l'aide médicale à mourir, contre 78,9 % en 2021, 77,0 % en 2020 et 71,4 % en 2019. En revanche, les demandes n'ayant pas donné lieu à l'administration de l'aide médicale à mourir ont connu une tendance constante dans la direction opposée. En 2022, 18,6 % des demandes ont abouti à des résultats autres que la prestation d'une aide médicale à mourir, contre 21,1 % en 2021, 23 % en 2020 et 28,6 % en 2019.

Les données pour 2022 montrent que 83 % des demandes pour lesquelles la mort de la personne était raisonnablement prévisible ont été approuvées pour l'aide médicale à mourir, contre 64,0 % des demandes venant de personnes dont la mort n'était pas raisonnablement prévisible. En général, l'évaluation des demandes d'aide médicale à mourir lorsque la mort naturelle de la personne n'est pas raisonnablement prévisible est complexe et la détermination de l'admissibilité peut s'avérer plus difficile. Les premiers indicateurs montrent que la proportion d'autorisations d'aide médicale à mourir lorsque la mort n'est pas naturellement prévisible est plus faible que lorsque la mort de la personne est raisonnablement prévisible.

Graphique 7.1 : Demandes et résultats, 2019 à 2022



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 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 décès attribuables à l'aide médicale à mourir et un total global de 16 104 demandes écrites.
2. Il est reconnu que les provinces/territoires peuvent faire état de nombres différents pour le total des demandes et de résultats différents pour les divers scénarios (retrait, non-admissibilité ou patient décédé) en fonction de leur propre méthodologie de réception et de comptabilisation des demandes.
3. 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.
4. Les données des années 2019, 2020 et 2021 sont présentées ici aux fins de comparaison avec les données de 2022. Les rapports des années précédentes ont été révisés pour inclure des corrections et des déclarations supplémentaires.

L'administration de l'aide médicale à mourir au Canada est autorisée depuis le 17 juin 2016. Les modifications apportées à la loi depuis cette date ont souvent attiré l'attention des médias en tant que sujet de discussion et de débat. Au cours des six dernières années et demie, les personnes ont pris davantage conscience que l'aide médicale à mourir est une option de fin de vie et sont davantage au courant des exigences d'admissibilité à l'aide médicale à mourir avant de procéder à une demande écrite. Le résultat net de cette sensibilisation accrue peut être un pourcentage global plus élevé de demandes aboutissant à l'administration d'une aide médicale à mourir et moins élevé de demandes aboutissant à d'autres résultats (retrait, inadmissibilité et décès du patient avant l'administration).

Les cas où la personne est décédée d'une cause autre que l'aide médicale à mourir représentent 13,3 % du total des demandes en 2022, une diminution par rapport à 16,9 % en 2019. Différents facteurs peuvent avoir influé sur ce déclin progressif au cours de la période de quatre ans. Une meilleure connaissance de l'aide médicale à mourir en général peut conduire à des demandes soumises plus tôt que les années précédentes, ce qui laisse suffisamment de temps pour l'évaluation et l'administration. En mars 2021, la loi a abrogé l'exigence d'un délai de réflexion de 10 jours francs pour les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, ce qui permet aux personnes et aux prestataires de procéder à l'administration de l'aide médicale à mourir une fois que les évaluations sont terminées. En outre, les personnes dont la

mort naturelle est raisonnablement prévisible sont désormais autorisées à mettre en place une entente de renonciation au consentement définitif, ce qui permet de procéder à l'administration même si la personne n'a plus la capacité de donner le consentement définitif, dans la mesure où des conditions précises ont été respectées.

Les pourcentages globaux de demandes écrites qui aboutissent à une décision d'inadmissibilité ou au retrait de la demande sont inférieurs aux autres résultats. Le nombre de personnes jugées inadmissibles a diminué entre 2019 et 2022, passant de 8,0 % du total des demandes écrites en 2019 à 3,5 % en 2022. Moins de personnes ont retiré leur demande (1,9 %) en 2022, contre 3,7 % en 2019. Comme pour les demandes aboutissant à l'administration d'une aide médicale à mourir, cette tendance à la baisse peut s'expliquer par le fait que les personnes ont une meilleure connaissance de l'aide médicale à mourir et sont plus à l'aise avec ce service en tant qu'option de fin de vie, et connaissent mieux les conditions d'admissibilité.

7.2 Inadmissibilité

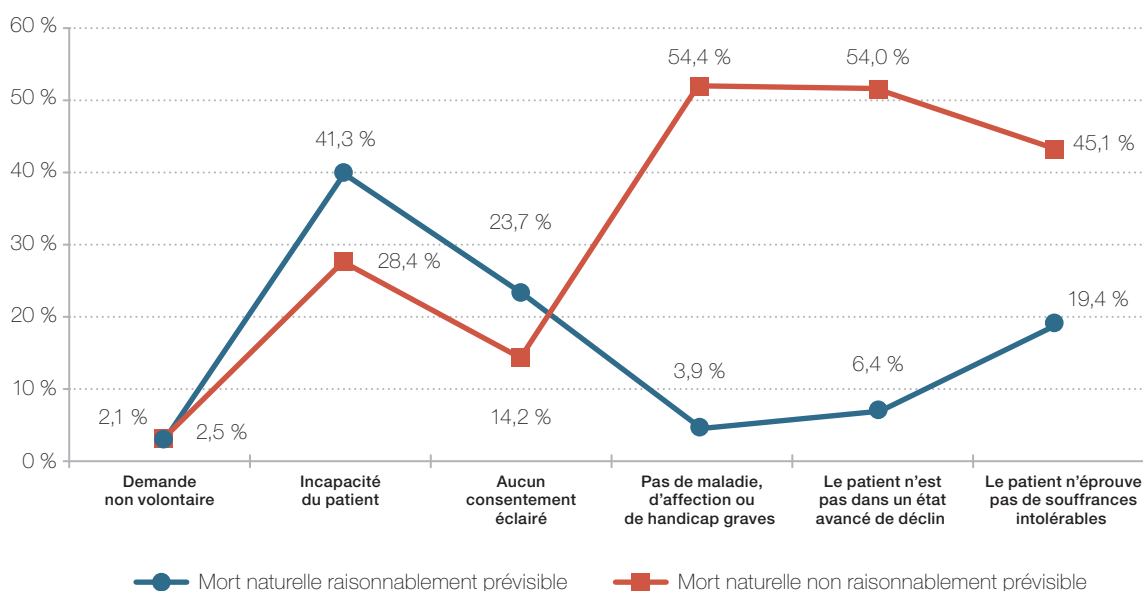
Le pourcentage global de demandes écrites aboutissant à une détermination d'inadmissibilité est en baisse constante depuis 2019. En 2022, 560 personnes ont été jugées non admissibles à l'aide médicale à mourir, ce qui représente 3,5 % de toutes les demandes écrites. Comme on l'indique à la section 7.1, ce chiffre est probablement sous-représenté, car en vertu du règlement initial, seules les demandes écrites reçues par un médecin ou un infirmier praticien ont été déclarées entre 2019 et 2022.

Une demande d'aide médicale à mourir est déclarée « inadmissible » si un praticien détermine que la personne ne remplit pas au moins un des critères d'admissibilité, sans que le respect des autres critères soit nécessairement pris en compte.

Des 560 demandes d'aide médicale à mourir non admissibles en 2022, 50,5 % (283 personnes) ont été déclarées comme ayant une mort naturelle raisonnablement prévisible, 36,4 % (204 personnes) touchaient des personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible, et 13,1 % (73 personnes) étaient indéterminées au moment de l'évaluation. Les principales raisons d'inadmissibilité sont différentes selon que l'on compare les personnes dont la mort naturelle était raisonnablement prévisible et les personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible. En 2022, pour les personnes dont la mort naturelle était raisonnablement prévisible, les principales raisons d'inadmissibilité étaient l'incapacité du patient (41,3 %), de ne pas donner un consentement éclairé (23,7 %) et l'absence de souffrances intolérables (19,4 %). Pour les personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible, les principales raisons d'inadmissibilité étaient l'absence de maladie, d'affection ou de handicap graves (54,4 %), l'absence d'état de déclin avancé (54,0 %) et l'absence de souffrance intolérable (45,1 %). Ces différences sont présentées dans le graphique 7.2.

Une proportion légèrement plus élevée de femmes (54,1 %) ont été jugées non admissibles en 2022, contre 45,9 % d'hommes. L'âge moyen des personnes jugées non admissibles était de 77,8 ans en 2022, et 94,5 % d'entre elles étaient âgées de 56 ans et plus. Ces résultats sont similaires à ceux de 2021. La principale affection, pour 40,4 % des personnes non admissibles, était le cancer (contre 48,3 % en 2021 et 55,6 % en 2020). Cette tendance à la baisse du cancer en tant que principale affection des personnes non admissibles est influencée par le fait que plus d'un tiers des personnes non admissibles à l'aide médicale à mourir en 2022 étaient des personnes dont la mort n'était pas raisonnablement prévisible. Pour ces personnes, le cancer est une affection principale moins fréquente (seulement 8,2 %).

Graphique 7.2 : Raisons de l'inadmissibilité, mort naturelle raisonnablement prévisible par rapport à mort naturelle non raisonnablement prévisible, 2022



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 2023. Pour 2022, cela représente 16 104 demandes écrites d'aide médicale à mourir, dont 560 personnes qui ont été jugées inadmissibles au service. Ce graphique combine les cas d'aide médicale à mourir pour les personnes dont la mort naturelle était raisonnablement prévisible (283) et pour les personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible (204).
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

En 2022, 298 personnes ont retiré leur demande d'aide médicale à mourir, soit 1,9 % de toutes les demandes, une diminution par rapport à 2,2 % en 2021. Les retraits en pourcentage du total des demandes écrites, comme le montre le tableau 7.1, sont en baisse constante depuis 2019. Le nombre de demandes retirées par les femmes (52,7 %) était légèrement supérieur au nombre de demandes retirées par les hommes (47,3 %) en 2022. Ces chiffres sont à l'inverse de ceux de 2021 où les hommes (55,8 %) ont été nettement plus nombreux à retirer leur demande que les femmes (44,2 %). L'âge moyen des personnes qui ont retiré leur demande en 2022 était de 76,7 ans, 94,3 % ayant plus de 56 ans. Comme les années précédentes, le cancer était mentionné comme principale affection sous-jacente dans 53,4 % des demandes qui ont été retirées.

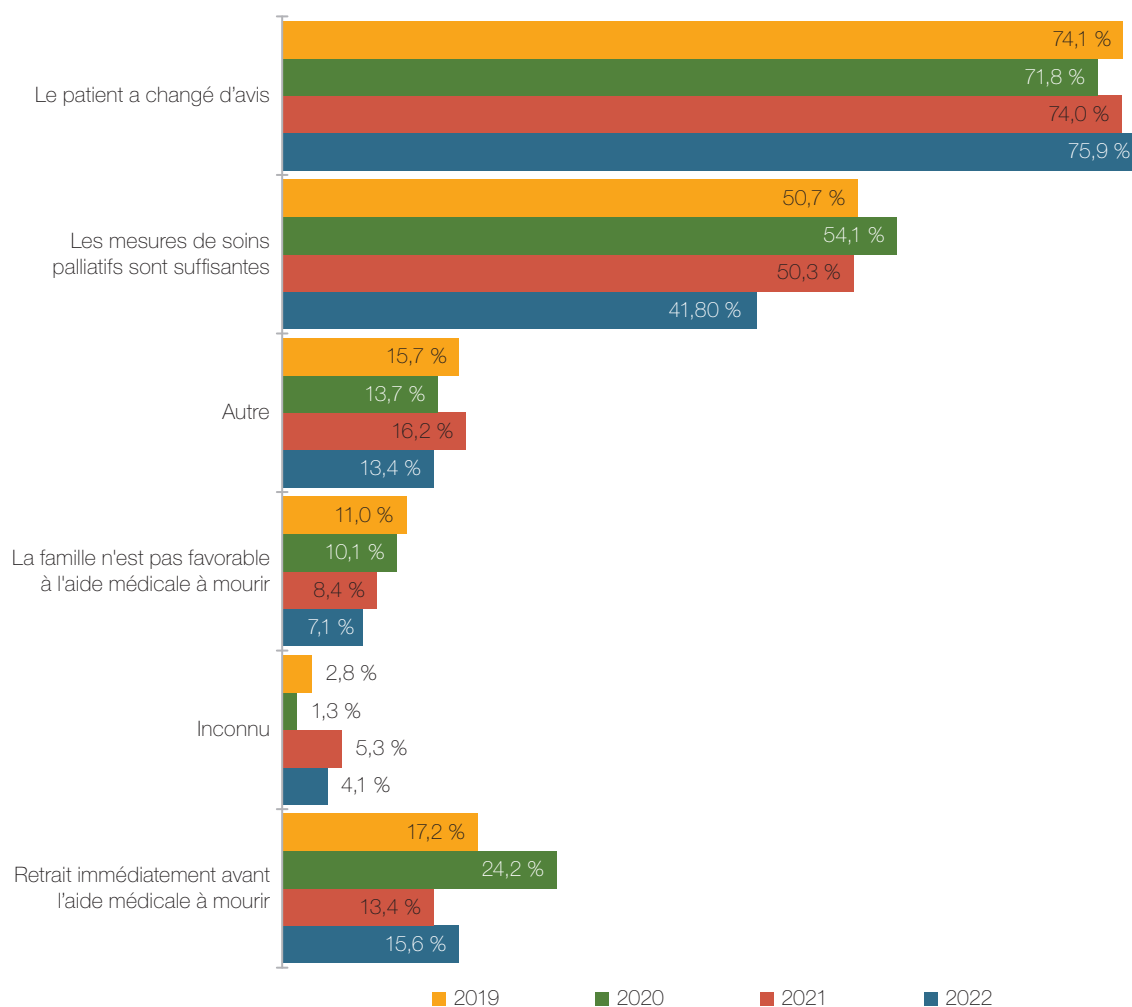
Ce patient a retiré sa demande après que des mesures palliatives ont été mises en place et qu'il les a jugées suffisantes.

Rapport du praticien, 2022

En vertu du régime de surveillance fédéral, les praticiens peuvent choisir plusieurs raisons lorsqu'ils déclarent le retrait de la demande d'aide médicale à mourir d'une personne. En 2022, 75,9 % des personnes ont indiqué avoir changé d'avis et 41,8 % ont déclaré que les mesures de soins palliatifs

étaient suffisantes. Le graphique 7.3 présente les motifs du retrait d'une demande d'aide médicale à mourir de 2019 à 2022. Au cours de cette période, le changement d'avis de la personne reste la principale raison du retrait d'une demande d'aide médicale à mourir. Comme les années précédentes, seulement 46 personnes, soit 15,6 %, ont retiré leur demande juste avant la procédure planifiée d'aide médicale à mourir en 2022. Les autres motifs de retrait des demandes restent similaires d'une année sur l'autre, bien que, 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.

Graphique 7.3 : Motif du retrait de la demande d'aide médicale à mourir, 2019–2022



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 2023. Pour 2022, cela représente 16 104 demandes écrites d'aide médicale à mourir, dont 298 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 %.
3. Les données des années 2019, 2020 et 2021 sont présentées ici aux fins de comparaison avec les données de 2022. Les rapports des années précédentes ont été révisés pour inclure des corrections et des déclarations supplémentaires.

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

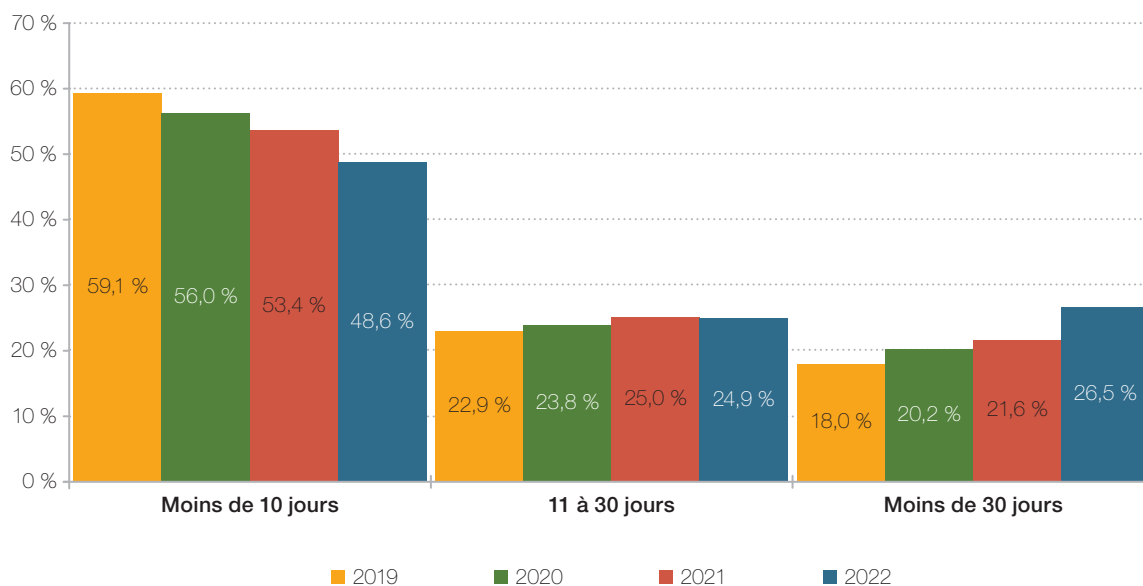
En 2022, 2 144 personnes ayant effectué une demande d'aide médicale à mourir sont décédées d'une autre cause. Cela représente 13,3 % du total des demandes écrites reçues en 2022, contre 14,8 % en 2021. Le pourcentage de personnes décédées d'une autre cause par rapport au nombre total de demandes écrites, comme le montre le tableau 7.1, est en baisse constante depuis 2019. 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. 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.

En 2022, 56,0 % des personnes décédées d'une autre cause, avant l'administration de l'aide médicale à mourir, étaient des hommes et 44,0 % étaient des femmes. L'âge moyen était de 73,6 ans, et 93,1 % des personnes étaient âgées de 56 ans et plus. La plupart des personnes décédées avant l'administration de l'aide médicale à mourir étaient atteintes d'un cancer (70,8 %), 10,7 %, d'une maladie respiratoire chronique, 10,5 %, d'un trouble cardiovasculaire et 6,7 %, d'une autre maladie grave. Des soins palliatifs ont été reçus par 78,1 % des personnes décédées avant l'administration de l'aide médicale à mourir. Ces résultats sont comparables à ceux des dernières années.

En 2022, lorsque la date du décès était connue (chez 92,8 % des personnes décédées d'une autre cause), 48,6 % sont décédées 10 jours ou moins après la réception de leur demande écrite. Ce résultat est en baisse de près de 5 % par rapport à 2021 (53,4 %) et à 2019 (59,1 %). Comme on l'indique dans la section 7.1, la loi a abrogé le délai de réflexion de 10 jours francs en mars 2021, ce qui permet aux personnes et aux prestataires de procéder à l'aide médicale à mourir une fois que l'admissibilité a été déterminée. Ceci, combiné à la possibilité pour les personnes (depuis mars 2021) dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible de renoncer à leur consentement définitif par le biais d'une entente écrite, peut influencer cette tendance à la baisse du pourcentage de personnes décédées moins de 10 jours après avoir soumis leur demande écrite d'aide médicale à mourir.

Le pourcentage de personnes décédées entre 11 et 30 jours après la réception de leur demande écrite était de 24,9 % (similaire à 25,0 % en 2021), tandis que 26,5 % des personnes sont décédées plus de 30 jours après la réception de leur demande écrite (une augmentation par rapport à 21,6 % en 2021). Le nombre médian de jours entre la date de la demande écrite et le décès était de onze jours, une augmentation par rapport aux neuf jours en 2021. 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 va pas de l'avant avec la procédure.

Graphique 7.4 : Délai de survenue du décès après la soumission d'une demande écrite (patient décédé d'une autre cause), 2019 à 2022



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 2023. Pour 2022, cela représente 16 104 demandes écrites d'aide médicale à mourir, dont 2 144 décès antérieurs à l'aide médicale à mourir.
2. Les données des années 2019, 2020 et 2021 sont présentées ici aux fins de comparaison avec les données de 2022. Les rapports des années précédentes ont été révisés pour inclure des corrections et des déclarations supplémentaires.

8.0 Conclusion

L'année 2022 a été fertile en événements, avec de nombreux développements et réalisations d'importance qui contribueront à éclairer l'évolution et la pratique de l'aide médicale à mourir pour l'avenir.

Le [rapport final du groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale](#) a été déposé au Parlement par les ministres de la santé et de la justice le 13 mai 2022. Le 22 juin 2022, le [Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir](#) a publié un [rapport provisoire](#) sur la question de l'aide médicale à mourir et la maladie mentale. Le 15 février 2023, le Comité mixte spécial parlementaire a publié son [dernier rapport](#). Une prorogation a été adoptée dans le cadre de l'ancien [projet de loi C-39, Loi modifiant la Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#) le 9 mars 2023, afin de prolonger la période d'inadmissibilité à l'AMM aux personnes où la seule affection médicale sous-jacente invoquée est une maladie mentale à mars 2024, afin qu'on ait le temps nécessaire pour examiner le rapport final du groupe d'experts et ses recommandations, ainsi que le rapport final du Comité mixte spécial. Ce délai permet de disposer de plus de temps pour la diffusion des ressources clés et leur adoption par le personnel médical et infirmier.

Des progrès importants ont été réalisés avec la publication du [Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir](#) le 27 mars 2023, afin de garantir une pratique cohérente et sécuritaire dans l'ensemble du Canada. Santé Canada finance également le développement et la mise en œuvre, par l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'aide médicale à mourir (ACEPA) d'un programme de formation accrédité à l'échelle nationale, qui permettra aux professionnels de la santé de tout le Canada d'acquérir une formation de qualité sur l'aide médicale à mourir. Les cliniciens devraient pouvoir s'inscrire à tous les modules de formation d'ici la fin de l'année 2023.

Il est essentiel que la prise de décisions fondée sur des éléments probants continue d'être soutenue par des données de haute qualité et une analyse rigoureuse. Le 9 novembre 2022, les modifications apportées au [Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir](#) ont été publiées dans la Gazette du Canada, partie II, et sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2023. Ce règlement modifié continuera à s'appuyer sur l'analyse contenue dans le présent rapport, ainsi que dans les trois premiers rapports annuels sur l'aide médicale à mourir. Les améliorations de la collecte de données et de la déclaration par le biais du régime de surveillance fédéral de l'aide médicale à mourir dresseront un tableau plus complet et inclusif de la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir, avec l'admissibilité élargie, au Canada. Les renseignements recueillis en vertu du règlement modifié seront reflétés dans le cinquième rapport annuel fédéral sur l'aide médicale à mourir au Canada pour l'année civile 2023, lequel sera publié en 2024.

Annexe A : Profil de l'aide médicale à mourir par administration pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2022

Administration	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	QC	ONT.	MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	YN	T.N.-O.	NT
Population	525 972	170 688	1 019 725	812 061	8 695 659	15 109 416	1 409 223	1 194 803	4 543 111	5 319 324	43 789	45 605	40 526
Nombre total de décès attribuables à l'aide médicale à mourir	85	41	269	224	4 710	3 934	223	256	832	2 508	16	-	-
Nombre de décès médicalement assistés par milieu													
Hôpital	28 32,9 %	19 46,3 %	82 30,5 %	71 31,7 %	1877 39,9 %	859 21,8 %	60 26,9 %	76 29,7 %	258 31,0 %	655 26,1 %	-	-	-
Résidence privée assistés	30 35,3 %	9 22,0 %	135 50,2 %	88 39,3 %	1415 30,0 %	1892 48,1 %	112 50,2 %	98 38,3 %	297 36,7 %	1099 43,8 %	-	-	-
Établissement de soins palliatifs	19 22,4 %	7 17,1 %	32 11,9 %	54 24,1 %	1145 24,3 %	773 19,6 %	30 13,5 %	21 8,2 %	150 18,0 %	490 19,5 %	-	-	-
Établissement de soins pour bénéficiaires internes/autre	8 9,4 %	6 14,6 %	20 7,4 %	11 4,9 %	273 5,8 %	410 10,4 %	21 9,4 %	61 23,8 %	127 15,3 %	264 10,5 %	-	-	-
Âge moyen des personnes ayant reçu l'aide médicale à mourir	74,9	72,6	75,5	74,1	76,3	77,7	76,4	76,3	75,7	78,2	77,7	-	-
Tranche d'âge des personnes recevant l'aide médicale à mourir													
18 à 45 ans	-	-	7 2,6 %	-	53 1,1 %	54 1,4 %	6 2,7 %	6 2,3 %	16 1,9 %	25 1,0 %	-	-	-
46 à 55 ans	-	-	10 3,7 %	-	134 2,8 %	128 3,3 %	10 4,5 %	9 3,5 %	36 4,3 %	74 3,0 %	-	-	-
56 à 64 ans	13 15,3 %	5 12,2 %	34 12,6 %	24 10,7 %	489 10,4 %	417 10,6 %	26 11,7 %	37 14,5 %	94 11,3 %	234 9,3 %	-	-	-
65 à 70 ans	15 17,6 %	6 14,6 %	41 15,2 %	48 21,4 %	749 15,9 %	478 12,2 %	35 15,7 %	31 12,1 %	140 16,8 %	339 13,5 %	-	-	-
71 à 75 ans	14 16,5 %	7 17,1 %	39 14,5 %	41 18,3 %	776 16,5 %	585 14,9 %	30 13,5 %	41 16,0 %	123 14,8 %	398 15,9 %	-	-	-
76 à 80 ans	16 18,8 %	8 19,5 %	47 17,5 %	38 17,0 %	836 17,7 %	588 14,9 %	26 11,7 %	35 13,7 %	128 15,4 %	336 13,4 %	-	-	-
81 à 85 ans	6 7,1 %	-	29 10,8 %	27 12,1 %	709 15,1 %	581 14,8 %	24 10,8 %	31 12,1 %	102 12,3 %	375 15,0 %	-	-	-
86 à 90 ans	13 15,3 %	-	34 12,6 %	20 8,9 %	584 12,4 %	534 13,6 %	30 13,5 %	31 12,1 %	111 13,3 %	330 13,2 %	-	-	-
Plus de 91 ans	-	-	28 10,4 %	13 5,8 %	380 8,1 %	569 14,5 %	36 16,1 %	35 13,7 %	82 9,9 %	397 15,8 %	-	-	-
Hommes	50 58,8 %	30 73,2 %	146 54,3 %	120 53,6 %	2474 52,5 %	1969 50,1 %	114 51,1 %	133 52,0 %	433 52,0 %	1255 50,0 %	-	-	-
Femmes	35 41,2 %	11 26,8 %	123 45,7 %	104 46,4 %	2236 47,5 %	1965 49,9 %	109 48,9 %	123 48,0 %	399 48,0 %	1253 50,0 %	-	-	-
Affection médicale sous-jacente la plus souvent rapportée chez les personnes qui obtiennent une aide médicale à mourir													
En rapport avec le cancer	60 70,6 %	20 48,8 %	180 66,9 %	149 66,5 %	3098 65,8 %	2431 61,8 %	132 59,2 %	158 61,7 %	502 60,3 %	1508 60,1 %	-	-	-
Troubles neurologiques	7 8,2 %	6 14,6 %	29 10,8 %	27 12,1 %	597 12,7 %	410 10,4 %	30 13,5 %	37 14,5 %	140 16,8 %	363 14,5 %	-	-	-
Maladie respiratoire chronique	10 11,8 %	6 14,6 %	27 10,0 %	22 9,8 %	625 13,3 %	485 12,3 %	29 13,0 %	51 19,9 %	133 16,0 %	336 13,4 %	-	-	-
Troubles cardiovasculaires	-	8 19,5 %	33 12,3 %	26 11,6 %	779 16,5 %	759 19,3 %	31 13,9 %	62 24,2 %	163 19,6 %	599 23,9 %	-	-	-
Autre défaillances d'organe	-	-	13 4,8 %	14 6,3 %	400 8,5 %	246 6,3 %	6 2,7 %	28 10,9 %	83 10,0 %	270 10,8 %	-	-	-
Comorbidités multiples	-	-	12 4,5 %	11 4,9 %	471 10,0 %	196 5,0 %	29 13,0 %	27 10,5 %	119 14,3 %	450 17,9 %	-	-	-
Autre affection	-	-	22 8,2 %	8 3,6 %	393 8,3 %	649 16,5 %	17 7,6 %	52 20,3 %	161 19,4 %	639 25,5 %	-	-	-
Région urbaine	65,9 %	53,7 %	55,8 %	53,6 %	79,9 %	79,2 %	84,3 %	73,0 %	84,3 %	82,4 %	-	-	-
Région rurale	34,1 %	46,3 %	44,2 %	46,4 %	20,1 %	20,8 %	15,7 %	27,0 %	15,7 %	17,6 %	-	-	-

Administration	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	QC	ONT.	MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	YN	T.N.-O.	NT
Spécialité du prestataire de l'aide médicale à mourir													
Médecine familiale	51 60,0 %	34 82,9 %	91 33,8 %	157 70,1 %	3838 81,5 %	2067 52,5 %	182 81,6 %	47 18,4 %	504 60,6 %	1885 75,2 %	- -	- -	- -
Médecine palliative	11 12,9 %	- -	- -	67 29,9 %	333 7,1 %	587 14,9 %	0 0,0 %	0 0,0 %	20 2,4 %	18 0,7 %	- -	- -	- -
Anesthésiologie	- -	- -	13 4,8 %	0 0,0 %	90 1,9 %	357 9,1 %	0 0,0 %	19 7,4 %	0 0,0 %	61 2,4 %	- -	- -	- -
Médecine interne	9 10,6 %	- -	- -	0 0,0 %	160 3,4 %	150 3,8 %	0 0,0 %	0 0,0 %	29 3,5 %	63 2,5 %	- -	- -	- -
Soins intensifs et médecine d'urgence	- -	- -	35 13,0 %	0 0,0 %	51 1,1 %	169 4,3 %	10 4,5 %	0 0,0 %	64 7,7 %	15 0,6 %	- -	- -	- -
Oncologie	- -	- -	- -	0 0,0 %	76 1,6 %	59 1,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	14 1,7 %	- -	- -	- -	- -
Psychiatrie	- -	- -	- -	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	79 30,9 %	16 1,9 %	- -	- -	- -	- -
Autre	- -	- -	17 6,3 %	0 0,0 %	160 3,4 %	96 2,4 %	30 13,5 %	6 2,3 %	26 3,1 %	55 2,2 %	- -	- -	- -
Infirmier praticien	- -	- -	103 38,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	449 11,4 %	0 0,0 %	105 41,0 %	159 19,1 %	411 16,4 %	- -	- -	- -
Le patient directement	15 17,6 %	21 51,2 %	44 16,4 %	118 52,7 %	1501 31,9 %	1538 39,1 %	35 15,7 %	155 60,5 %	88 10,6 %	369 14,7 %	- -	- -	- -
Un autre praticien	8 9,4 %	13 31,7 %	19 7,1 %	79 35,3 %	1147 24,4 %	644 16,4 %	0 0,0 %	32 12,5 %	49 5,9 %	345 13,8 %	- -	- -	- -
Service de coordination des soins	62 72,9 %	7 17,1 %	206 76,6 %	27 12,1 %	1749 37,1 %	1554 39,5 %	188 84,3 %	43 16,8 %	672 80,8 %	1765 70,4 %	- -	- -	- -
Autre	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	313 6,6 %	198 5,0 %	0 0,0 %	26 10,2 %	23 2,8 %	29 1,2 %	- -	- -	- -

NOTES EXPLICATIVES :

- 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 2023. Pour 2022, cela représente 13 102 décès attribuables à l'aide médicale à mourir et un total global de 16 104 demandes écrites.
- 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.
- En raison de leur petit nombre, certaines données ont été supprimées pour protéger la confidentialité (représentées par des tirets).
- Statistique Canada. Tableau 17-10-0005-01 Estimations de la population au 1^{er} juillet, par âge et par sexe
- Spécialité du prestataire de l'aide médicale à mourir :
 - La spécialité 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
 - La spécialité Psychiatrie comprend : psychiatrie, psychiatrie gériatrique
 - La catégorie Autre comprend : aide médicale à mourir, neurologie, médecine de réadaptation, néphrologie, cardiologie, gériatrie, obstétrique et oto-rhino-laryngologie
- Affection médicale sous-jacente : Les prestataires ont pu sélectionner plus d'une affection médicale lors de la déclaration; le total dépasse donc 100 %.
- 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 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.