

Sixième rapport annuel sur

l'aide médicale à mourir au Canada



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:
Sixth Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada

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, 2025

Date de publication : novembre 2025

À moins d'avis contraire, vous pouvez reproduire le contenu de cette publication ou ce produit en totalité ou en partie à des fins non commerciales, dans tout format, sans frais ni autre permission. Les reproductions ou distributions commerciales sont interdites sans obtenir la permission écrite de l'administrateur du droit d'auteur de Santé Canada. Pour obtenir une permission de reproduire du contenu appartenant au gouvernement du Canada pour des fins commerciales, communiquez avec pubsadmin@hc-sc.gc.ca.

Cat. : H22-1/6F-PDF
ISBN : 2563-3651
Pub. : 250354

Table des matières

Faits saillants	5
Message de la ministre	9
1. Introduction et aperçu	10
1.1 Introduction	10
1.2 Comment les données sont présentées	10
2. Demandes d'AMM et résultats	12
2.1 Demandes d'AMM et résultats	12
2.2 Cas d'AMM	13
2.3 Demandes n'aboutissant pas à l'AMM	17
3. Évaluations de l'AMM : problèmes de santé graves et irréremédiables	23
3.1 Problèmes de santé les plus courants	23
3.2 Durée d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables	28
3.3 La situation médicale de la personne se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités	29
3.4 Nature de la souffrance	32
3.5 Détermination du caractère volontaire de la demande d'AMM	35
4. Considérations sociodémographiques, accès et inégalités	36
4.1 Importance et défis de la collecte de données sur l'identité	36
4.2 AMM par groupe racial, ethnique ou culturel	37
4.3 Personnes autochtones ayant reçu l'AMM	38
4.4 Personnes en situation de handicap ayant reçu l'AMM	41
4.5 Analyses socioéconomiques et communautaires	48
5. Services sociaux et utilisation des services de santé	56
5.1 Services de soins palliatifs	56
5.2 Services de soutien aux personnes en situation de handicap	60
5.3 Lieu de résidence et modalités de vie	64
5.4 Moyens pour soulager la souffrance	66
6. Évaluation et administration de l'AMM	67
6.1 Praticiens de l'AMM	67
6.2 Moment de l'administration de l'AMM	72
6.3 Lieu d'administration de l'AMM	74
7. Conclusion	76



Annexe A : Critères d'admissibilité, mesures de sauvegarde et exigences en matière de rapports sur l'AMM	77
Annexe B : Méthodologie et limites	79
Annexe C : Profil de l'AMM par province et territoire	87
Annexe D : Demandes d'AMM, admissibilité et exigences procédurales	102

Faits saillants

L'aide médicale à mourir (AMM) est un service de santé fourni par les systèmes de santé provinciaux et territoriaux en lien avec les soins de fin de vie, dans un cadre juridique fédéral qui établit des critères stricts pour déterminer qui peut recevoir l'AMM et dans quelles conditions. Ce service est autorisé au Canada depuis 2016, alors le Parlement du Canada a adopté une loi fédérale permettant aux adultes admissibles au pays de demander l'AMM. Le cadre juridique fédéral pour l'AMM est établi dans le *Code criminel*, qui énonce des critères d'admissibilité stricts ainsi que des mesures de sauvegarde.

Ce sixième rapport annuel présente un résumé des demandes, évaluations et cas d'AMM à l'échelle du Canada pour l'année civile 2024. Ces informations sont fournies à Santé Canada par les responsables provinciaux et territoriaux en matière de santé, ainsi que par les médecins, infirmiers praticiens, pharmaciens et techniciens en pharmacie. Le sixième rapport annuel marque la deuxième année complète de collecte de données en vertu du *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir* modifié, qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2023. Le rapport apporte des éclairages importants sur les personnes qui demandent et reçoivent l'AMM, ainsi que sur la façon dont elle est administrée. Bien que la qualité et l'exhaustivité des données s'améliorent, il reste d'importantes limites à considérer : la capacité à présenter des tendances au fil du temps est limitée, tout comme la qualité et la fiabilité des mesures d'auto-identification sur la race, l'identité autochtone et le handicap.

Bien que le nombre total de cas d'AMM ait augmenté en 2024, le taux de croissance a considérablement diminué, conformément à la tendance de 2023. (Voir la [section 2](#))

- Ce rapport porte sur les 22 535 demandes d'AMM déclarées que Santé Canada a reçues en 2024. Un total de 16 499 personnes ont reçu l'AMM; les autres cas concernaient des demandes qui n'ont pas abouti à l'AMM (4 017 personnes sont décédées d'une autre cause, 1 327 ont été jugées inadmissibles, et 692 ont retiré leur demande).
- Le taux de croissance annuel du nombre de cas d'AMM a considérablement diminué au cours des dernières années, passant de 36,8 % entre 2019 et 2020 à 6,9 % entre 2023 et 2024.
- Ces constatations semblent indiquer que le nombre de cas d'AMM déclarés chaque année commence à se stabiliser. Cependant, il faudra encore plusieurs années avant que les tendances à long terme puissent être définitivement cernées.

La grande majorité des personnes ayant reçu l'AMM en 2024 ont eu un décès raisonnablement prévisible. (Voir la [section 2](#))

- Les personnes dont le décès est « raisonnablement prévisible » (c'est-à-dire qu'elles sont proches de la mort) font partie de la « voie 1 ». Ces personnes représentaient 95,6 % des cas d'AMM.
- La « voie 2 » fait référence aux bénéficiaires de l'AMM qui ont été évalués comme ayant eu une mort naturelle qui n'était **pas** « raisonnablement prévisible ». Ces personnes représentaient une faible minorité des cas d'AMM (4,4 %).

Conformément aux constatations de 2023, les personnes qui ont reçu l'AMM dans le cadre de la voie 1 étaient plus âgées et plus susceptibles d'avoir un cancer comme problème de santé sous-jacent.

(Voir la [section 3](#))

- L'âge médian des personnes recevant l'AMM dans le cadre de la voie 1 était de 78,0 ans, et 60,9 % avaient plus de 75 ans.
- Les hommes (52,2 %) étaient légèrement plus nombreux que les femmes (47,8 %) à recevoir l'AMM.
- Le cancer était le problème de santé sous-jacent le plus fréquemment déclaré, mentionné dans 63,6 % des cas.

Conformément aux constatations de 2023, les personnes recevant l'AMM dans le cadre de la voie 2 étaient majoritairement des femmes, légèrement plus jeunes, et vivaient avec leur maladie pendant une période beaucoup plus longue. (Voir la [section 3](#))

- L'âge médian était de 75,9 ans et 53,5 % avaient plus de 75 ans.
- Les femmes (56,7 %) étaient plus nombreuses que les hommes (43,3 %) à recevoir l'AMM. Il s'agit d'un léger rétrécissement de l'écart entre femmes et hommes comparativement à 2023 (où 58,5 % étaient des femmes et 41,5 % des hommes). Cela est aussi cohérent avec les tendances générales de la santé de la population, selon lesquelles les femmes sont plus susceptibles de vivre avec des maladies chroniques à long terme, qui peuvent causer des souffrances durables, sans pour autant rendre leur mort raisonnablement prévisible, dans la plupart des cas.
- Les personnes évaluées dans le cadre de la voie 2 ont vécu plus longtemps avec une maladie grave et incurable que celles évaluées dans le cadre de la voie 1 : 34,1 % de celles dans le cadre de la voie 2 ont vécu avec une maladie, une affection ou un handicap graves et incurables pendant plus de 10 ans, comparativement à 7,4 % de celles dans le cadre de la voie 1.
- Les troubles neurologiques et « autres » problèmes de santé (comme le diabète, la fragilité, les maladies auto-immunes, la douleur chronique) étaient les problèmes de santé sous-jacents les plus souvent mentionnés.

Le nombre de personnes jugées inadmissibles en 2024 était proportionnellement beaucoup plus élevé pour la voie 2 que pour la voie 1. (Voir la [section 2](#))

- Même si les cas de la voie 2 représentaient 4,4 % des cas d'AMM en 2024, ils représentaient près d'un quart (24,2 %) de toutes les demandes d'AMM jugées inadmissibles.

En 2024, plus de personnes ayant reçu l'AMM ont répondu à des questions d'auto-identification sur la race et l'identité autochtone, mais les constatations restent encore limitées. (Voir la [section 4](#))

- Au total, 15 927 personnes ayant reçu l'AMM ont répondu à la question sur l'identité raciale, ethnique ou culturelle. La grande majorité (95,6 %) s'identifiait comme caucasienne (blanche). La deuxième identité raciale, ethnique ou culturelle la plus fréquemment déclarée était Asiatique de l'Est (1,6 %). Ces pourcentages sont proches de ceux déclarés pour 2023 (95,8 % Caucaasiens; 1,8 % Asiatiques de l'Est).
- Un total de 16 115 personnes ayant reçu l'AMM en 2024 a répondu à la question sur l'identité autochtone : 102 personnes se sont identifiées comme membres des Premières Nations, 57 personnes comme Métis, et 7 personnes comme Inuites.
- Comme les provinces et territoires ont des approches variées pour recueillir des informations sur ces questions et que certaines personnes pourraient hésiter à s'auto-identifier, les conclusions basées uniquement sur ces données sont limitées.

Comme en 2023, une proportion beaucoup plus faible de personnes recevant l'AMM dans le cadre de la voie 1 ont déclaré avoir un handicap, comparativement à celles recevant l'AMM dans le cadre de la voie 2. (Voir la [section 4](#))

- Comparativement à 2023, beaucoup plus de personnes ayant reçu l'AMM ont répondu à la question d'auto-identification sur le handicap, avec plus de 97 % des bénéficiaires de l'AMM ayant répondu à cette question en 2024. Un total de 16 104 personnes ayant reçu l'AMM a répondu à cette question, dont 5 295 (32,9 %) s'identifiant comme ayant un handicap.
- Une proportion plus faible (31,6 %) des répondants de la voie 1 s'identifiaient comme ayant un handicap, comparativement à 61,5 % des répondants de la voie 2.
- Dans le cadre de la voie 1, la proportion de personnes déclarant avoir un handicap augmentait avec l'âge.
- Dans le cadre de la voie 2, la plus grande proportion de personnes déclarant avoir un handicap se trouvait dans le groupe d'âge de 75 à 84 ans; la part diminue de nouveau chez les personnes âgées de 85 ans et plus.
- Dans le cadre de la voie 1, un peu plus d'hommes (50,8 %) que de femmes (49,2 %) ont déclaré avoir un handicap.
- Dans le cadre de la voie 2, proportionnellement plus de femmes (55,6 %) que d'hommes (44,4 %) ont déclaré avoir un handicap, ce qui correspond étroitement aux données de 2023, ainsi qu'aux tendances en matière de handicap au sein la population générale du Canada.
- Bien que ces constatations apportent un certain éclairage sur les cas d'AMM chez les personnes s'identifiant comme ayant un handicap, l'exhaustivité des données varie à l'échelle du pays, et des définitions différentes du terme « handicap » ont pu être utilisées dans certains cas. Ainsi, les constatations doivent être interprétées avec prudence.

Santé Canada a reproduit les analyses socio-économiques et communautaires réalisées dans le cinquième rapport annuel et a mené une analyse sur l'éloignement afin de mieux comprendre les circonstances des personnes recevant l'AMM, ce qui a mené à des constatations similaires.

(Voir la [section 4](#)).

- Les constatations des analyses socio-économiques et communautaires laissent entendre, à un niveau élevé, que les personnes recevant l'AMM ne proviennent pas de manière disproportionnée de communautés à faible revenu ou défavorisées.
- Les constatations sur l'éloignement montrent que les bénéficiaires de l'AMM étaient généralement moins susceptibles de vivre dans un endroit éloigné. Cela pourrait indiquer qu'ils n'ont pas cherché à recevoir l'AMM en raison du manque d'accès aux services de santé ou à ceux qui favorisent la santé. Cela peut aussi refléter des difficultés d'accès à l'AMM dans des endroits éloignés.
- Ces analyses sont basées sur des mesures au niveau du quartier et ne tiennent pas compte de la situation des bénéficiaires de l'AMM eux-mêmes. Ainsi, elles doivent être interprétées avec prudence.

Conformément aux années précédentes, la plupart des bénéficiaires de l'AMM nécessitant des soins palliatifs ou des services de soutien aux personnes en situation de handicap recevaient ces services. (Voir la [section 5](#))

- Près des trois quarts (74,1 %) ont reçu des soins palliatifs; 76,4 % des personnes ayant reçu l'AMM dans le cadre de la voie 1 ont reçu des soins palliatifs, comparativement à 23,2 % des personnes ayant reçu l'AMM dans le cadre de la voie 2.
- Une petite proportion (2,5 %) nécessitait, mais ne recevait pas, de soins palliatifs; Parmi ces personnes, 91,2 % ont confirmé que les services leur étaient accessibles.
- Près du tiers (32,5 %) ont reçu des services de soutien aux personnes en situation de handicap; 32,0 % des personnes ayant reçu l'AMM dans le cadre de la voie 1 ont reçu des services de soutien aux personnes en situation de handicap, comparativement à 45,5 % des personnes dans le cadre de la voie 2.
- Une très faible proportion (0,1 %) nécessitait, mais ne recevait pas, de services de soutien aux personnes en situation de handicap; parmi ces personnes, 91,4 % ont confirmé que les services leur étaient accessibles.

Bien qu'il y ait un petit nombre de praticiens qui traitent une grande partie des cas d'AMM, ces praticiens ne prennent généralement pas en charge un grand nombre de cas de la voie 2. (Voir la [section 6](#))

- Il y avait 2 266 praticiens uniques de l'AMM en 2024. Ils étaient en majorité (93,2 %) des médecins, tandis que 6,8 % étaient des infirmiers praticiens.
- Un petit nombre de praticiens en AMM (n=102) étaient responsables de 38,0 % de tous les cas de la voie 1 et 27,2 % de tous les cas de la voie 2. La grande majorité de ces praticiens ont traité moins de 11 cas d'AMM dans le cadre de la voie 2; moins de cinq de ces praticiens ont traité entre 11 et 20 cas d'AMM dans le cadre de la voie 2 et aucun n'a traité plus de 20 cas d'AMM dans le cadre de la voie 2.

Message de la ministre

En tant que ministre de la Santé, j'ai le plaisir de présenter le Sixième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir (AMM) de Santé Canada. Ce rapport démontre notre engagement à fournir des informations précises sur l'AMM et à être ouverts et transparents quant à la manière dont elle est administrée à travers le Canada.

Après la décision de la Cour suprême en 2015, qui a conclu que l'interdiction absolue de l'AMM allait à l'encontre de la *Charte canadienne des droits et libertés*, le Parlement a créé les règles juridiques du Canada pour l'AMM en 2016. Ces règles figurent dans le *Code criminel* et incluent des critères d'admissibilité stricts ainsi que des mesures de sauvegarde rigoureuses pour l'accès à l'AMM.

Depuis l'introduction de l'AMM, les gouvernements fédéral, provincial et territorial ont travaillé ensemble pour s'assurer qu'elle soit administrée en toute sécurité. Les provinces et territoires gèrent les soins de santé, et ils continuent d'améliorer la façon dont l'AMM est administrée. Les responsables de la santé se réunissent régulièrement pour partager les meilleures pratiques et discuter de questions telles que la collecte de données, l'amélioration de la qualité et la gestion de cas complexes d'AMM. À l'appui de cet effort, des organisations comme l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires d'AMM ont partagé les meilleures pratiques et ont développé des outils et ressources, y compris le premier programme d'éducation bilingue accrédité à l'échelle nationale pour l'AMM au Canada. De plus, un groupe de cliniciens et d'experts, avec l'appui de Santé Canada, a créé la Modèle de norme de pratique en matière d'AMM ainsi qu'un document d'accompagnement pour guider les organismes de réglementation des professionnels de la santé. Ensemble, ces initiatives aident à assurer la sécurité des services d'AMM et à protéger le public, surtout dans les cas complexes.

En même temps, les Canadiens continuent d'avoir des conversations réfléchies et personnelles sur l'autonomie et les soins compatissants envers les personnes atteintes de maladies graves. Ces discussions nous aident à comprendre comment mieux soutenir les individus, les familles et les professionnels de la santé confrontés à des maladies complexes et incurables.

Le rapport de cette année s'appuie sur ces efforts en fournissant un aperçu utile des expériences des personnes demandant l'AMM. Il comprend des renseignements sur le handicap, la race, l'identité autochtone et l'accès aux services de santé et aux services sociaux, ce qui nous aide à mieux comprendre le rôle de l'AMM dans notre système de santé. Le rapport souligne également l'engagement des professionnels de la santé qui administrent l'AMM avec compassion et respect du choix individuel.

En regardant vers l'avenir, nous restons concentrés sur le fait de nous assurer que l'AMM répond aux besoins de ceux qui cherchent ce service. Nous nous engageons à veiller à ce que le cadre juridique fédéral protège les personnes vulnérables, tout en soutenant la liberté de choix et l'autonomie personnelle. Santé Canada continuera de travailler avec les systèmes de santé provinciaux et territoriaux, les experts, les intervenants, les partenaires autochtones et les membres du public afin de s'assurer que l'AMM soit administrée de façon sécuritaire, appropriée, respectueuse, inclusive et fondée sur la dignité humaine.

J'invite les Canadiens à lire ce rapport et à réfléchir à ses constatations. Ensemble, nous pouvons continuer à nous laisser guider par les preuves lorsqu'on considère des enjeux complexes comme la souffrance et la mort, ainsi que par les approches empreintes de compassion qui aident les individus à faire des choix éclairés concernant leurs soins.

L'honorable Marjorie Michel, P.C., députée
Ministre de la Santé

1. Introduction et aperçu

1.1 Introduction

L'AMM est un sujet qui suscite un intérêt considérable, des discussions publiques et des débats, tant au Canada qu'à l'échelle internationale. Alors que nous approchons des dix ans d'AMM au Canada, ce sixième rapport annuel vise à favoriser une meilleure compréhension des services d'AMM au Canada, afin d'éclairer les discussions qui ont lieu actuellement à l'échelle mondiale et nationale sur les soins de fin de vie.

Ce rapport présente le résumé le plus récent de l'évaluation et de l'administration de l'AMM au Canada. Il présente les données déclarées pour l'année civile 2024, recueillies en vertu du *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir* modifié¹, qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2023. Ce règlement est conforme à la législation fédérale sur l'AMM, telle que définie dans le *Code criminel*.

1.2 Comment les données sont présentées

Pour protéger la confidentialité, Santé Canada ne présente pas les constatations s'il y a moins de cinq cas en raison du risque qu'un individu ou de petits groupes d'individus soient identifiés (par exemple, si la constatation est examinée conjointement avec d'autres données publiques, comme celles présentées dans ce rapport ou à l'échelle provinciale ou territoriale). Les points de données représentant plus de cinq cas peuvent aussi être supprimés s'ils auraient autrement fourni suffisamment d'informations pour calculer le nombre de cas dans un autre groupe où le nombre de cas est trop faible pour être déclaré sans compromettre la confidentialité. Les données supprimées pour des raisons de confidentialité sont notées par un « X » tout au long du rapport.

Santé Canada utilise la médiane comme mesure de la tendance centrale² tout au long de ce rapport afin de résumer des variables telles que l'âge et le nombre de jours ou d'années. Il s'agit d'une décision délibérée, car la médiane offre une mesure plus robuste comparativement à la moyenne, qui est plus sensible aux valeurs aberrantes.

¹ Ministère de la Justice. « Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada, 2025. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-2018-166/TexteCompleet.html>

² Pour plus d'informations, voir : Statistique Canada. « Les statistiques : le pouvoir des données! Section 4.4 : Mesures de la tendance centrale ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada, 2024. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch11/5214867-fra.htm>

Le rapport de cette année marque la deuxième année complète de collecte de données en vertu du règlement actuel, qui a introduit plusieurs nouvelles exigences de déclaration pour les professionnels de la santé afin de s'aligner sur les changements législatifs adoptés en 2021³. Dans la mesure du possible, les données sont présentées par la « voie » dans laquelle l'AMM était administrée comme suit :

- Voie 1 : Fait référence à une demande d'AMM faite par une personne répondant aux critères d'admissibilité énoncés dans le *Code criminel* et dont la mort naturelle est « raisonnablement prévisible »
- Voie 2 : Fait référence à une demande d'AMM faite par une personne qui répond aux critères d'admissibilité énoncés dans le *Code criminel* et dont la mort naturelle n'est pas « raisonnablement prévisible » (ces demandes sont soumises à plusieurs mesures de sauvegarde supplémentaires afin de consacrer suffisamment de temps et d'expertise à l'évaluation).

L'**annexe A** fournit des informations supplémentaires sur les critères d'admissibilité à l'AMM, les mesures de sauvegarde pour les voies 1 et 2, ainsi que les exigences de déclaration que les praticiens sont tenus de respecter.

Lors de la révision de ce rapport, il est important de garder à l'esprit les éléments suivants :

- La capacité à présenter des tendances au fil du temps est limitée pour certaines variables : étant donné que plusieurs exigences et questions de déclaration ont récemment été mises à jour, il y a des cas où les données recueillies en 2023 et 2024 ne sont pas entièrement comparables à celles recueillies les années précédentes.
- La qualité et la fiabilité des données d'auto-identification (race, identité autochtone et handicap) sont limitées en raison de la variation des approches de collecte des données, de l'incohérence dans l'interprétation des variables et de la possible réticence de la personne à s'auto-identifier.

L'**annexe B** fournit plus de détails concernant la méthodologie et les limites.

Avec ces limites en tête, l'exhaustivité des données s'améliore. Il a été noté dans le rapport annuel de l'an dernier que, dans certains cas, les provinces, les territoires et les praticiens ont connu des retards dans la transition vers les nouvelles exigences de collecte de données, ce qui a entraîné l'absence de certaines données pour de nouvelles variables. Depuis, la quantité de données manquantes a considérablement diminué, comme le démontre plus loin le rapport dans la **section 4**.

Un groupe de travail dévoué, composé de responsables provinciaux et territoriaux, collabore avec Santé Canada pour améliorer continuellement la collecte, la cohérence et la qualité des données.

Santé Canada est reconnaissant du partenariat et de la collaboration entre les gouvernements fédéral, provincial et territorial, les praticiens et pharmaciens de l'AMM, les partenaires autochtones et les parties prenantes clés. Ce partenariat et cette collaboration ont permis la collecte et la validation des données et ont appuyé les analyses de ce rapport.

³ L'ancien projet de loi C-7 a élargi l'admissibilité à l'AMM aux personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible et a apporté d'autres modifications législatives. Plus d'informations sur l'évolution de la législation canadienne concernant l'AMM et les règlements connexes sont disponibles sur les pages Web de Santé Canada : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/services-avantages-lies-sante/aide-medicale-mourir.html>

2. Demandes d'AMM et résultats

2.1 Demandes d'AMM et résultats

En 2024, Santé Canada a reçu 22 535 rapports de demandes d'AMM. Comme il est indiqué dans le [tableau 2.1a](#), parmi ces demandes, un total de 16 499 personnes ont reçu l'AMM. Les demandes restantes n'ont pas abouti à l'AMM (4 017 personnes sont décédées d'une autre cause, 1 327 ont été jugées inadmissibles, et 692 ont retiré leur demande).

Il est à noter qu'une personne peut être incluse dans ces groupes plus d'une fois (par exemple, une personne pourrait demander l'AMM, retirer sa demande, puis faire une nouvelle demande et la recevoir, ou faire plusieurs demandes d'AMM qui sont toutes jugées inadmissibles). Toutes les demandes d'AMM qui ont été résolues en 2024 ont été incluses dans ce rapport (« résolu » est défini comme une demande qui aboutit à l'AMM, qui est retirée ou encore lorsque la personne est jugée inadmissible ou qu'elle est décédée).

Tableau 2.1a : Demandes d'AMM par résultat et par voie

Demandes ou cas	Tous les cas	Voie 1		Voie 2		N'a pas évalué la voie	
	Nombre	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
Cas d'AMM en 2024	16 499	15 767	95,6	732	4,4	0	0,0
Demandes où la personne a été jugée inadmissible en 2024	1 327	587	44,2	321	24,2	419	31,6
Demandes où la personne est décédée d'une autre cause en 2024	4 017	3 643	90,7	64	1,6	310	7,7
Demandes retirées en 2024	692	402	58,1	116	16,8	174	25,1
Total	22 535	20 399	NA	1 233	NA	903	NA

Remarque : Les années précédentes, les demandes n'aboutissant pas à l'AMM (c'est-à-dire les demandes retirées, les demandes où la personne était jugée inadmissible et les demandes suivies d'une mort naturelle, plutôt que de l'AMM) étaient classifiées selon la date à laquelle la demande avait été faite par la personne. Cette approche convenait aux cas d'AMM de la voie 1, puisque les évaluations étaient généralement complétées dans un court laps de temps et les résultats étaient déclarés au cours de la même année civile. Cependant, les cas de la voie 2 impliquent souvent des évaluations beaucoup plus longues et plus complexes qui peuvent s'étendre sur plusieurs mois, voire des années. À ce titre, Santé Canada a révisé sa méthodologie. À partir de cette année, tous les résultats non liés à l'AMM (voies 1 et 2) déclarés au cours d'une année civile donnée seront comptabilisés dans les statistiques de cette année, peu importe la date de la demande initiale.

Pour les cas d'AMM, la déclaration continue d'être basée sur l'année où la procédure a eu lieu, conformément aux rapports annuels précédents. Dans une situation où les cas d'AMM sont déclarés tardivement, les totaux pour l'année précédente pertinente sont mis à jour en conséquence.

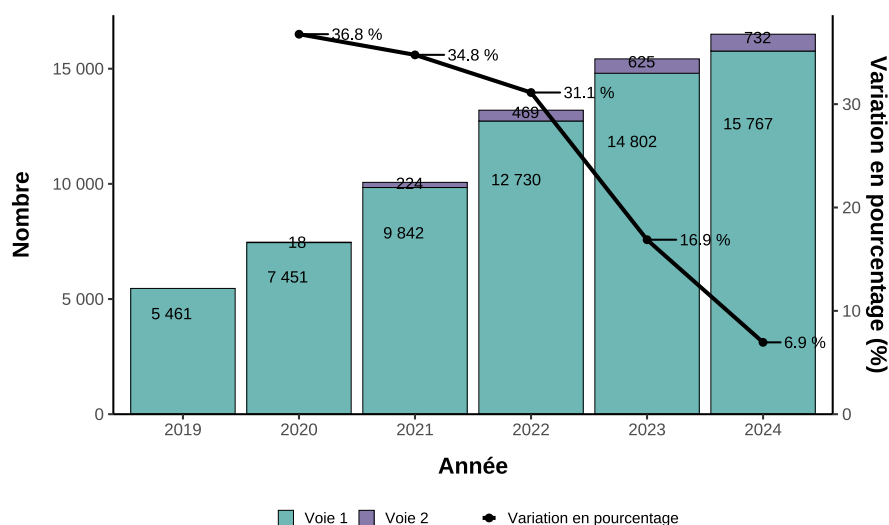
2.2 Cas d'AMM

Selon les données des rapports précédents, il y a eu 76 475 cas d'AMM au Canada depuis la légalisation de l'AMM en 2016⁴. La **figure 2.2a** présente le nombre de cas d'AMM de 2019 à 2024, ainsi que le taux de croissance d'une année à l'autre. En 2024, alors que le nombre total de cas d'AMM a augmenté, le taux de croissance annuel a diminué. L'AMM a été administrée à 16 499 personnes en 2024, soit une augmentation de 6,9 % par rapport à 2023. Le taux de croissance du nombre total de cas d'AMM est en baisse depuis 2019.

Bien que la voie 2 n'ait été autorisée que depuis 2021, en ce qui concerne spécifiquement les cas d'AMM de la voie 2, le taux de croissance est passé de 33,3 % entre 2022 et 2023 à 17,1 % entre 2023 et 2024.

Bien que les données laissent entendre que le nombre de cas annuels d'AMM commence à se stabiliser, il faudra encore plusieurs années avant que les tendances à long terme puissent être déterminées de façon concluante.

Figure 2.2a : Cas d'AMM et taux de croissance d'ici 2019–2024



Notes explicatives :

- Les cas d'AMM sont comptés dans l'année civile où le décès est survenu (c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre) et ne sont pas liés à la date de réception de la demande écrite.
- Avant l'adoption de l'ancien projet de loi C-7 en 2021, l'AMM pour les personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible était permise au Québec par exemption judiciaire à partir du 12 mars 2020. Le Québec a déclaré 18 cas d'AMM de ce type en 2020.
- Les rapports des années précédentes ont été révisés pour inclure des corrections et des rapports supplémentaires.

⁴ Avant le 1^{er} novembre 2018 (date à laquelle le *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir* original est entré en vigueur), la collecte de données sur les demandes et cas d'AMM n'était pas obligatoire; les provinces et territoires fournissaient volontairement ces données au gouvernement fédéral. Ainsi, les chiffres déclarés avant 2019 doivent être interprétés avec prudence.

En 2024, 5,1 % des personnes décédées au Canada ont reçu l'AMM, soit une légère augmentation (0,4 %) par rapport à 2023. Ce pourcentage peut varier avec les nombres finaux des décès au Canada selon Statistique Canada.

L'AMM n'est pas classée comme cause de décès par l'Organisation mondiale de la santé, qui établit des normes internationales pour la collecte de données liées à la classification des maladies. Comme l'indique l'Organisation mondiale de la santé, une « cause de décès » est l'affection ou la blessure qui a déclenché la série d'événements menant directement à la mort, ou les circonstances de l'accident ou de la violence ayant causé la blessure mortelle⁵.

L'AMM, en revanche, est un service de santé fourni dans le cadre de soins de fin de vie ou complexes, auquel une personne peut accéder dans des circonstances très limitées (c'est-à-dire si elle répond aux critères d'admissibilité stricts définis par la législation, notamment que la personne est affectée de « problèmes de santé graves et irrémédiables », décrit plus en détail à la [section 3.1](#)). Par exemple, si une personne atteinte d'un cancer avancé choisit de recevoir l'AMM pour soulager sa souffrance, la cause de décès extraite de son certificat de décès aux fins des données de l'état civil sera le cancer.

Par conséquent, le nombre de cas d'AMM ne devrait pas être comparé aux statistiques sur les causes de décès au Canada pour déterminer la prévalence (la proportion de tous les décédés) ni pour classer l'AMM comme cause de décès. Voir l'[annexe B](#) pour plus de détails.

En 2024, 95,6 % des cas d'AMM (n=15 767) concernaient des personnes dont le décès était raisonnablement prévisible (voie 1) et 4,4 % (n=732) étaient des personnes dont le décès n'était pas raisonnablement prévisible (voie 2). Cela est cohérent avec les résultats de 2023, lorsque les cas de la voie 1 représentaient 95,9 % des cas d'AMM et les cas de la voie 2 représentaient 4,1 % des cas d'AMM.

Conformément aux années précédentes, la plupart des cas d'AMM sont survenus au Québec (36,4 %), en Ontario (30,0 %) et en Colombie-Britannique (18,2 %), ces trois provinces représentant près de 85 % de tous les cas d'AMM. Le nombre de cas d'AMM a augmenté dans la plupart des provinces et territoires, à l'exception du Nouveau-Brunswick, du Manitoba et de la Saskatchewan, où le nombre a diminué par rapport à 2023. Voir le [tableau C.1](#) (Annexe C) pour une ventilation détaillée des cas d'AMM par province et territoire.

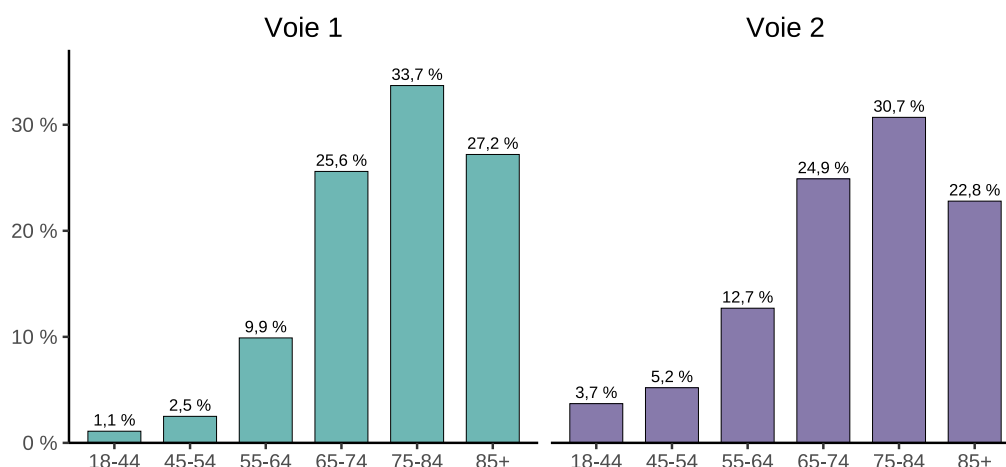
L'AMM a été administrée par un praticien dans tous les cas survenus en 2024. Bien que l'autoadministration de l'AMM soit permise dans l'ensemble des provinces et territoires du Canada (sauf au Québec), très peu de gens ont choisi cette option depuis 2016.

⁵ Organisation mondiale de la Santé. « International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, 10th Revision, Sixth Edition, Volume 2 ». Genève, Suisse : 2019. https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2019.pdf

En 2024, l'âge médian des bénéficiaires de l'AMM était de 77,9 ans. L'âge médian des bénéficiaires des voies 1 et 2 était respectivement de 78,0 ans et de 75,9 ans. L'âge médian des bénéficiaires de l'AMM a légèrement augmenté depuis 2023, alors qu'il était de 77,6 ans (77,7 ans pour la voie 1 et 75,0 ans pour la voie 2). L'âge médian et moyen des bénéficiaires de l'AMM dans les provinces et territoires est présenté dans le **tableau C.2** (Annexe C).

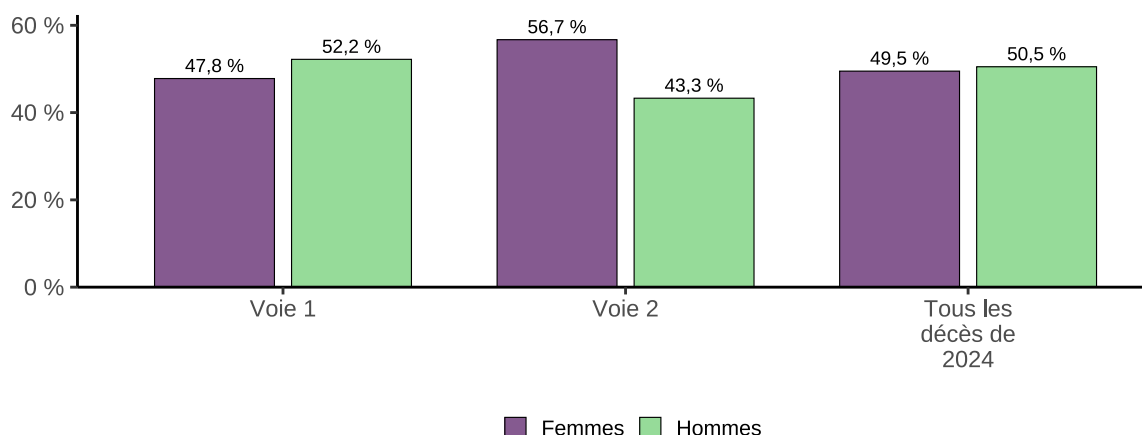
La **figure 2.2b** montre la proportion de personnes recevant l'AMM dans chaque groupe d'âge dans le cadre des voies 1 et 2. Dans les deux domaines, les personnes ayant reçu l'AMM se situaient le plus souvent dans le groupe d'âge de 75 à 84 ans. Cette constatation est cohérente avec celle de 2023. Comme ce fut le cas en 2023, un pourcentage plus élevé des bénéficiaires de la voie 1 avaient 75 ans ou plus (60,9 %) comparativement à ceux de la voie 2 (53,5 %). Cependant, cet écart s'est légèrement réduit par rapport à 2023, où 59,7 % des bénéficiaires de la voie 1 et 50,2 % des bénéficiaires de la voie 2 de l'AMM avaient 75 ans ou plus. De même, en 2024, une plus grande proportion des bénéficiaires de l'AMM dans le cadre de la voie 2 avaient moins de 64 ans (21,6 %) comparativement à la voie 1 (13,5 %). Cet écart s'est également légèrement réduit par rapport à 2023, où 23,5 % des bénéficiaires de la voie 2 et 13,8 % des bénéficiaires de la voie 1 avaient moins de 64 ans.

Figure 2.2b : Cas d'AMM, par voie et par catégorie d'âge, en pourcentage des cas de chaque voie



La **figure 2.2c** présente une répartition des cas d'AMM par sexe et par voie. Comme les années précédentes, un peu plus d'hommes (51,8 %) que de femmes (48,2 %) ont reçu l'AMM en 2024. Cela correspond étroitement aux données provisoires de Statistique Canada sur le nombre total de décès au Canada, qui montrent qu'en 2024, 50,5 % des personnes décédées étaient des hommes et 49,5 % des femmes. En analysant les données sur les cas d'AMM par voie, on constate que, bien que plus d'hommes aient reçu l'AMM dans le cadre de la voie 1 (hommes 52,2 % contre femmes 47,8 %), plus de femmes ont reçu l'AMM dans le cadre de la voie 2 (femmes 56,7 % contre 43,3 % hommes). Ces pourcentages sont proches de ceux déclarés en 2023; cependant, l'écart entre les hommes et les femmes s'est légèrement creusé pour la voie 1 (passant d'un écart de 3,2 % en 2023 à un écart de 4,2 % en 2024) et s'est légèrement réduit pour la voie 2 (passant d'un écart de 17,0 % en 2023 à un écart de 13,4 % en 2024).

Figure 2.2c : Cas d'AMM, par voie et par sexe, en pourcentage des cas de chaque voie



Note explicative :

- a. « Tous les décès » n'inclut pas les décès accidentels, les décès par suicide ou agression, ni tout décès dont la cause est inconnue. Pour tous les détails sur cette variable, voir l'**annexe B**.

Comme il est indiqué dans le rapport annuel de l'année dernière, la proportion plus élevée de cas d'AMM de la voie 2 chez les femmes n'est pas inattendue. Les constatations sont cohérentes avec les tendances globales de la santé de la population, où les femmes sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé à long terme^{6,7} tandis que les hommes connaissent des taux plus élevés de maladies avec un fardeau de mortalité plus élevé⁸, ce qui rendrait leur décès « raisonnablement prévisible ».

Une répartition des cas d'AMM par voie et par province/territoire est fournie dans le **tableau C.3** de l'annexe C.

⁶ Statistique Canada. « La santé de la population canadienne ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada, 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-570-x/2023001/section1-fra.htm>

⁷ Agence de la santé publique du Canada. « Maladies chroniques courantes chez les femmes par rapport aux hommes ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada, 2021. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/maladies-chroniques-courantes-femmes-par-rapport-hommes-canadiens-ages-65-ans-plus.html>

⁸ Luy, Marc, et Yuka Minagawa. « Écarts hommes-femmes : espérance de vie et proportion de la vie vécue en mauvaise santé ». Ottawa (Ont.) : Statistique Canada. Rapports sur la santé, 25, n° 12, 12–19, 2014. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2014012/article/14127-fra.htm>

2.3 Demandes n'aboutissant pas à l'AMM

La demande a été jugée inadmissible

Une demande d'AMM est déclarée « non admissible » si un praticien a déterminé que la personne qui a fait la demande ne répondait pas à un ou à plusieurs des critères d'admissibilité énoncés dans la législation. Un praticien peut évaluer une personne comme inadmissible sans nécessairement avoir évalué tous les critères (c'est-à-dire qu'une fois qu'une personne est déclarée inadmissible sur la base d'un critère, il peut cesser d'évaluer). En 2024, 1 327 personnes ayant demandé l'AMM ont été jugées inadmissibles à la procédure. C'est une augmentation par rapport à 2023, où 1 031 demandes d'AMM ont été jugées inadmissibles⁹. Il est important de noter que cette constatation est probablement une sous-représentation de l'intérêt à l'égard de l'AMM, étant donné que de nombreux praticiens peuvent ne pas déclarer les demandes lorsqu'une évaluation formelle n'a pas été entamée, ou si la personne est jugée inadmissible lors de la présentation initiale (par exemple, si elle n'a pas la capacité de fournir un consentement éclairé ou n'a pas 18 ans ou plus).

Parmi les 1 327 personnes jugées inadmissibles à l'AMM, 44,2 % (n=587) ont été évaluées dans le cadre de la voie 1 et 24,2 % (n=321) dans le cadre de la voie 2. Les 31,6 % restants (n=419) n'avaient pas été évalués ni comme voie 1 ni comme voie 2. Il est important de noter que, bien que les cas de la voie 2 représentent 4,4 % des déclarations menant à l'AMM, elles représentent 24,2 % de toutes les déclarations où il y a eu une conclusion d'inadmissibilité.

Le **tableau 2.3a** présente les raisons pour lesquelles les personnes ont été jugées inadmissibles à l'AMM par voie, selon les critères législatifs. Comme le montre le tableau, pour les personnes évaluées dans le cadre de la voie 1, la raison la plus courante d'une inadmissibilité était qu'on jugeait que la personne **n'était pas** capable de prendre des décisions concernant sa santé. Pour les personnes évaluées dans le cadre de la voie 2, la raison la plus courante d'une constatation d'inéligibilité était que la personne n'était **pas** considérée comme n'étant pas dans un état avancé de déclin irréversible de ses capacités.

⁹ Ce chiffre a été mis à jour depuis 2023 pour inclure tous les cas inadmissibles reçus en 2023, peu importe l'année de réception de la demande.

Tableau 2.3a : Motifs d'inadmissibilité déclarés dans les cas où une demande d'AMM a été jugée inadmissible

Le praticien a indiqué « Non » aux critères d'admissibilité suivants	Tous les cas		Voie 1		Voie 2		N'a pas évalué la voie	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
La personne était-elle capable de prendre des décisions concernant sa santé?	425	32,0	281	47,9	48	15,0	96	22,9
La maladie, l'affection ou le handicap de la personne, ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui causait-elle des souffrances physiques ou psychologiques persistantes, intolérables et qui ne pouvaient être apaisées dans des conditions qu'elle jugeait acceptables?	402	30,3	155	26,4	137	42,7	110	26,3
La situation médicale de la personne se caractérisait-elle par un déclin avancé et irréversible de ses capacités?	399	30,1	85	14,5	186	57,9	128	30,5
La personne a-t-elle donné son consentement éclairé pour recevoir l'AMM après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, y compris les soins palliatifs?	306	23,1	198	33,7	58	18,1	50	11,9
La personne était-elle atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables?	291	21,9	21	3,6	153	47,7	117	27,9

Le praticien a indiqué « Non » aux critères d'admissibilité suivants	Tous les cas		Voie 1		Voie 2		N'a pas évalué la voie	
La personne a-t-elle fait une demande d'AMM de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures?	45	3,4	21	3,6	9	2,8	15	3,6
La personne était-elle admissible à des soins de santé financés par l'État au Canada?	17	1,3	6	1,0	6	1,9	5	1,2
La personne était-elle âgée d'au moins 18 ans?	5	0,4	X ^a	X	X	X	0	0,0
Total	1309	— ^b	584	—	321	—	404	—

^a « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.

^b Plus d'une option pouvait être sélectionnée. Les totaux dépasseront 100 %.

Demande retirée

Une personne peut retirer sa demande d'AMM à tout moment pendant le processus d'évaluation d'admissibilité ou après la fin de celle-ci. En 2024, 692 personnes ont retiré leur demande d'AMM. C'est une augmentation par rapport à 2023, où 574 personnes ont retiré leur demande d'AMM¹⁰. Parmi ceux qui ont retiré leur demande d'AMM en 2024, 58,1 % (n=402) ont été évalués en vertu de la voie 1 et 16,8 % (n=116) en vertu de la voie 2. Les 25,1 % restants (n=174) n'ont pas encore été évalués en vertu de la voie 1 ou la voie 2.

Selon le règlement, les praticiens doivent déclarer si une personne a retiré sa demande immédiatement avant de recevoir l'AMM. En tout, 68 personnes ont retiré leur demande à ce moment-là. Si l'on considère comme un pourcentage de tous les retraits de la voie, 11,9 % des retraits de la voie 1 et 8,1% de ceux de la voie 2 ont eu lieu immédiatement avant une administration d'AMM prévue.

Selon le règlement, les praticiens doivent fournir la ou les raisons pour lesquelles une personne retire sa demande d'AMM. Ces raisons sont exposées dans le [tableau 2.3b](#). Les raisons les plus courantes de retirer une demande d'AMM étaient que la personne avait accepté d'autres moyens pour soulager sa souffrance¹¹, « autre », et qu'elle avait changé d'avis en apprenant des informations supplémentaires sur l'AMM. C'était le cas pour les personnes recevant l'AMM dans le cadre des voies 1 et 2. Parmi ceux qui acceptaient d'autres moyens disponibles pour soulager leur souffrance, les moyens les plus souvent recherchés étaient pharmacologiques (n=235), les services de santé (n=162) et les services non pharmacologiques, tels que la neurostimulation, la physiothérapie ou les services de conseil nutritionnel (n=76).

Tableau 2.3b : Raisons du retrait de la demande d'AMM dans les cas où une personne a retiré sa demande

Raisons du retrait de la demande d'AMM par la personne	Réponses	
	Nombre	Pourcent (%)
La personne a accepté des moyens de soulager sa souffrance	315	45,7
Autre^a	227	32,9
Après avoir obtenu des renseignements supplémentaires sur l'AMM, la personne a décidé qu'elle ne souhaitait pas le recevoir	196	28,4
Les gens que la personne considère comme importants dans sa vie (chefs religieux, famille, proches aidants ou professionnels) n'appuient pas l'AMM	55	8,0
Inconnu	44	6,4
Répondre aux besoins d'un transfert ou d'une consultation était trop lourd pour la personne	14	2,0
Total	689	— ^b

^a « Autre » inclut des explications telles que : la personne qui change d'avis sans donner de raison; la personne qui trouve le processus trop complexe; et la personne qui change de province et doit faire une nouvelle demande dans la nouvelle province.

^b Plus d'une option pouvait être sélectionnée. Les totaux dépasseront 100 %.

¹⁰ Ce chiffre a été mis à jour depuis 2023 pour inclure tous les cas inadmissibles reçus en 2023, peu importe l'année de réception de la demande.

¹¹ Cette option de réponse a été ajoutée en 2023. Le nombre pour 2024 est beaucoup plus élevé que celui enregistré pour 2023. Cela est probablement dû aux retards des provinces, territoires et praticiens dans la transition vers les nouvelles exigences de collecte de données mises en œuvre le 1^{er} janvier 2023 (lorsque le règlement mis à jour est entré en vigueur).

Décédé d'une autre cause

En 2024, 4 017 personnes ayant demandé l'AMM sont décédées avant de l'obtenir. C'est une augmentation par rapport à 2023, lorsque 3 573¹² personnes ayant demandé l'AMM sont décédées d'une autre cause. La grande majorité des personnes décédées avant de recevoir l'AMM en 2024 ont été évaluées en vertu de la voie 1 (90,7 %, n=3 643), tandis que 1,6 % (n=64) ont été évaluées en vertu de la voie 2. Les 7,7 % restants (n=310) n'ont pas encore été évalués en vertu de la voie 1 ou la voie 2.

Lorsque les praticiens déclarent qu'une personne est décédée avant de recevoir l'AMM, ils doivent fournir, si elle est connue, au moins une explication à ce résultat. Le **tableau 2.3c** présente les raisons fournies par le praticien, ainsi que la fréquence et le nombre médian de jours entre une demande d'AMM et le décès de la personne. Dans 44 cas, la raison n'était pas connue. Les données montrent que, dans la grande majorité des cas, la personne n'a jamais choisi de date pour poursuivre l'AMM (n=1 661) ou a été jugée admissible, mais est décédée avant l'administration prévue de l'AMM (n=1 502). C'était le cas pour les personnes évaluées à la fois en vertu des voies 1 et 2. Ces constatations pourraient indiquer un défi lié à la réactivité des systèmes de santé en ce qui concerne les demandes d'AMM. Cependant, des études ont démontré que, chez les patients atteints de maladies graves, être approuvé pour l'AMM peut aider à soulager la détresse liée à la perte d'autonomie et offrir un sentiment de contrôle personnel sur les circonstances du décès, même lorsqu'ils hésitent à poursuivre réellement cette démarche ou non¹³. Il s'agit d'une autre explication possible.

Les personnes décédées avant d'avoir choisi une date pour recevoir l'AMM avaient le délai médian le plus long entre leur demande formelle et leur décès (45,0 jours), tandis que les personnes aiguillées pour une évaluation d'AMM ou qui avaient demandé l'AMM aux stades avancés de leur maladie avaient le délai médian le plus court entre la demande formelle et le décès (4,0 jours).

¹² Ce chiffre a été mis à jour depuis 2023 pour inclure tous les cas inadmissibles signalés à Santé Canada en 2023, peu importe l'année de réception de la demande.

¹³ Lees, Caitlin, Gordon Gubitz, et Robert Horton. « Surviving Long Enough to Die? An Analysis of Incomplete Assessments for Medical Assistance in Dying ». *Journal of Palliative Medicine*, 25, n° 2, 243–249, 2022. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0204>

Tableau 2.3c : Raisons de la mort naturelle avant que l'AMM puisse être administrée, et jours médians entre la demande d'AMM et le décès

Raison de la mort naturelle avant que l'AMM puisse être fournie	Nombre de jours entre la demande et le décès, délai médian	Réponses	
		Nombre	Pourcent (%)
La personne n'a jamais choisi une date pour procéder à l'AMM	45,0	1 661	41,8
La personne a été jugée admissible, mais est décédée avant la date prévue pour l'AMM	19,0	1 502	37,8
La personne est décédée avant la fin des deux évaluations	7,0	752	18,9
La personne a été aiguillée vers l'AMM ou l'a demandée trop tard (c.-à-d. que le délai d'aiguillage était trop court).	4,0	353	8,9
Autre	27,0	253	6,4
Perte de la capacité de consentir sans qu'une renonciation au consentement final ait été effectuée	14,5	107	2,7
Problèmes opérationnels (c.-à-d. la personne n'a pas pu être déplacée dans un établissement qui permet l'AMM, pénurie de médicaments, pénurie de lits, absence de personnel de soins de santé)	19,0	34	0,9
Aucun évaluateur/prestataire disponible/disposé	23,0	12	0,3
Manque de pharmacies prêtes à fournir des médicaments d'AMM	10,5	6	0,2
Total	NA	3 973	— ^a

^a Plus d'une option pouvait être sélectionnée. Les totaux dépasseront 100 %.

3. Évaluations de l'AMM : problèmes de santé graves et irrémédiables

3.1 Problèmes de santé les plus courants

Pour être admissible à l'AMM (voies 1 et 2), une personne **doit** être atteintes de « problèmes de santé graves et irrémédiables ». Ce critère n'est satisfait que lorsque les évaluateurs sont d'avis que :

- a. la personne est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables;
- b. la situation médicale de la personne se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- c. la maladie, l'affection, le handicap ou le déclin avancé et irréversible des capacités cause la personne des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables.

La nature et la gravité des problèmes de santé qu'une personne éprouve auront une incidence importante quant à savoir si chacun des trois éléments du critère d'admissibilité relatif aux « problèmes de santé graves et irrémédiables » s'applique ou non.

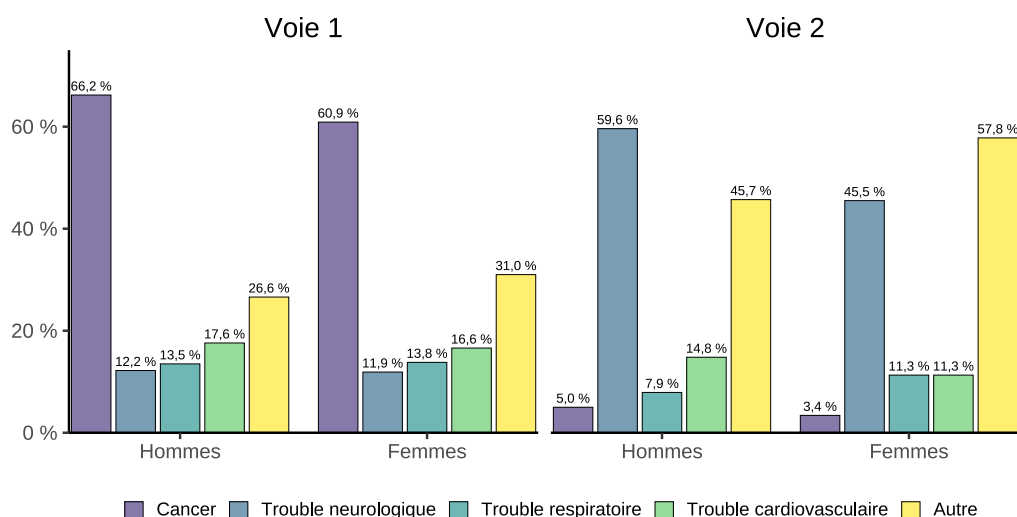
Pour chaque demande d'AMM, un praticien doit faire rapport sur la maladie, l'affection ou le handicap graves et incurables qui est la cause de la souffrance de la personne. Toutefois, les personnes qui demandent l'AMM sont atteintes très souvent de plus d'un problème de santé grave et incurable (voir la [section 3.4](#)). Cela peut compliquer la déclaration, car les praticiens doivent tenir compte de toutes les circonstances du demandeur, et le fait de ne nommer qu'un seul problème de santé peut ne pas refléter la gravité de l'état de santé de la personne et les souffrances qu'elle éprouve.

Pour cette raison, les praticiens peuvent – et ils le font souvent – sélectionner plus d'un problème de santé et ne les classent pas par ordre d'incidence sur la santé de la personne. Les catégories générales fournies aux praticiens aux fins de la déclaration de l'AMM sont le cancer, les troubles neurologiques, les troubles respiratoires, les troubles cardiovasculaires, la défaillance d'organe et les « autres » problèmes de santé (les praticiens peuvent en sélectionner plus d'une). Les problèmes de santé prévus pour la catégorie « autres » comprennent le diabète, la fragilité, les maladies auto-immunes, la douleur chronique et les troubles mentaux, mais les praticiens ont parfois énuméré d'autres problèmes de santé comme les problèmes articulaires et musculaires, les problèmes auditifs et visuels et diverses maladies internes dans les domaines de déclaration. Veuillez noter que, dans les grandes catégories, les praticiens peuvent sélectionner plusieurs problèmes de santé particuliers.

Chez les personnes qui ont reçu l'AMM dans le cadre de la voie 1, le cancer était le problème de santé le plus fréquemment mentionné (n=10 035), suivie des « autres » problèmes de santé (n=3 928), puis des troubles cardiovasculaires, tels que l'insuffisance cardiaque congestive, la fibrillation auriculaire ou la vasculopathie (n=2 703). Pour la voie 2, les problèmes de santé les plus fréquemment mentionnés étaient les troubles neurologiques (n=378), les « autres » problèmes de santé (n=375) et les troubles cardiovasculaires (n=94). Comme il a été mentionné précédemment, les praticiens peuvent déclarer plus d'un problème de santé (par exemple, à la fois un cancer et un trouble neurologique). Dans chaque problème de santé, ils peuvent aussi déclarer plus d'un type par individu (par exemple, cancer du poumon et cancer du sein). Une répartition complète des problèmes de santé déclarés par les bénéficiaires de l'AMM dans chaque province et territoire est présentée dans le [tableau C.4](#) (Annexe C).

La liste complète des problèmes de santé déclarés ainsi que le pourcentage déclaré chez les hommes et les femmes sont fournis à la [figure 3.1a](#). Dans la voie 1, le pourcentage d'hommes et de femmes représentés pour chaque problème de santé correspond étroitement l'un à l'autre. Un peu plus d'hommes que de femmes présentaient des cancers, des troubles neurologiques et des troubles cardiovasculaires, tandis qu'un peu plus de femmes que d'hommes présentaient des troubles respiratoires et « autres » problèmes de santé. Dans la voie 2, les écarts entre les femmes et les hommes déclarant chaque problème de santé étaient généralement plus marqués. Cela était particulièrement vrai pour les troubles neurologiques (59,6 % des hommes contre 45,5 % des femmes) et les « autres » problèmes de santé (57,8 % des femmes contre 45,7 % des hommes).

Figure 3.1a : Problème de santé selon la voie et le sexe, en pourcentage de ceux qui, dans chaque voie, déclarent le problème de santé



Note explicative :

- a. Défaillance d'organe a été ajoutée à la catégorie des « autres » problèmes de santé. Voir l'[annexe B](#) pour plus d'informations.



Le cancer était le problème de santé le plus fréquemment mentionné parmi les personnes de presque tous âges ayant reçu l'AMM en 2024. L'exception concerne les personnes âgées de 85 ans ou plus, pour lesquelles les « autres » problèmes de santé étaient les plus fréquemment mentionnés. Parmi les bénéficiaires de l'AMM atteints de cancer, les types les plus fréquemment mentionnés étaient le cancer du poumon, le cancer colorectal, le cancer du pancréas et le cancer hématologique.

La **figure 3.1b** compare la répartition par âge des bénéficiaires de l'AMM déclarant chaque problème de santé sous-jacent à celle de tous les décès au Canada attribués aux problèmes de santé les plus courants pour l'AMM, la catégorie « autres » englobant toutes les autres causes naturelles de décès. Les données démontrent que la répartition par âge des bénéficiaires de l'AMM tend à suivre de près celle de tous les défunts. Pour la plupart des problèmes de santé, le pourcentage de « tous les décès » déclaré dans les données de l'état civil tend à être légèrement supérieur aux pourcentages d'AMM dans les groupes d'âge plus jeunes (c'est-à-dire 18 à 44 ans, 45 à 54 ans, 55 à 64 ans) et dans le groupe d'âge le plus âgé (c'est-à-dire 85 ans et plus), tandis que les pourcentages d'AMM tendent à être légèrement supérieurs aux pourcentages de tous les décès chez les 65 à 74 ans et les 75 à 84 ans, à quelques exceptions près. Par exemple, dans le tableau des troubles cardiovasculaires, le pourcentage d'AMM dépasse de 6,8 % le pourcentage de « tous les décès » dans le groupe d'âge de 85 ans ou plus. Il y a aussi des cas où l'écart entre le pourcentage de cas d'AMM et le pourcentage de tous les décès est plus marqué.

Parmi les bénéficiaires de l'AMM atteints de troubles neurologiques, les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés étaient la maladie de Parkinson (n= 472), la sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig) (n=450), la démence (n=368) et la sclérose en plaques (n=159). La catégorie des maladies neurologiques présente les plus grandes variations en ce qui concerne les cas d'AMM comparativement aux données sur « tous les décès ».

Parmi les personnes âgées de 65 à 74 ans, le pourcentage de bénéficiaires de l'AMM diagnostiqués avec des troubles neurologiques dépassait de 9,6 % le pourcentage de « tous les décès » dans la même catégorie. Chez les personnes âgées de 85 ans et plus, cependant, le pourcentage de personnes dans la catégorie « tous les décès » ayant un trouble neurologique dépassait de 15,6 % le pourcentage comparable des cas d'AMM. Cela résulte probablement du type de problème de santé saisi dans cette catégorie, ainsi que des grandes variations d'âge d'apparition et de progression associée de la maladie.

Par exemple, les données provisoires sur les données de l'état civil pour 2024 montrent que l'Alzheimer et la démence¹⁴ combinées représentaient près de 20 % des décès chez les personnes de 85 ans et plus au Canada et que près de 70 % de tous les décès dus à la maladie d'Alzheimer et à la démence concernaient des personnes de ce groupe d'âge¹⁵. Par ailleurs, relativement peu de bénéficiaires de l'AMM avaient reçu un diagnostic de démence¹⁶ (16,2 % de ceux atteints d'une maladie neurologique ou 2,2 % (n=368) de tous les cas d'AMM), avec un âge médian de 81 ans.

De même, 19,8 % (n=450) des personnes atteintes d'un trouble neurologique ayant reçu l'AMM ont reçu un diagnostic de SLA, avec une médiane d'âge de 70 ans. Bien que le nombre exact de tous les décès attribués à la SLA ne soit pas disponible dans les données d'état civil¹⁷, un total estimé à 1 200 décès a été inclus dans la catégorie large des maladies du neurone moteur en 2024, où la SLA est incluse¹⁸.

La SLA est une maladie qui paralyse progressivement les gens. Avec le temps, les personnes atteintes de SLA perdront la capacité de marcher, de parler, d'avaler et, ultimement, de respirer. Les options de traitement pour traiter les symptômes sont limitées, et il n'existe pas de remède. La plupart des personnes atteintes de SLA meurent entre deux et cinq ans après le diagnostic¹⁹. Alors que les personnes diagnostiquées avec la SLA représentaient 2,7 % de tous les cas d'AMM, on estime que les personnes atteintes des maladies du neurone moteur ne représentaient que 0,4 % de tous les décès en 2024²⁰.

Bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires pour mieux comprendre l'importance de ces constatations, elles donnent à penser que les personnes atteintes d'une maladie pour laquelle les options de traitement et de soulagement de la souffrance sont limitées pourraient être plus susceptibles de demander l'AMM.

¹⁴ Selon la version actuelle de la Classification internationale des maladies (dixième révision) de l'Organisation mondiale de la santé, la maladie d'Alzheimer et la démence sont classées séparément.

¹⁵ Base canadienne de données de l'état civil – Décès, 2024 (provisoire).

¹⁶ Notez qu'il s'agit de personnes atteintes de démence qui avaient encore de la capacité.

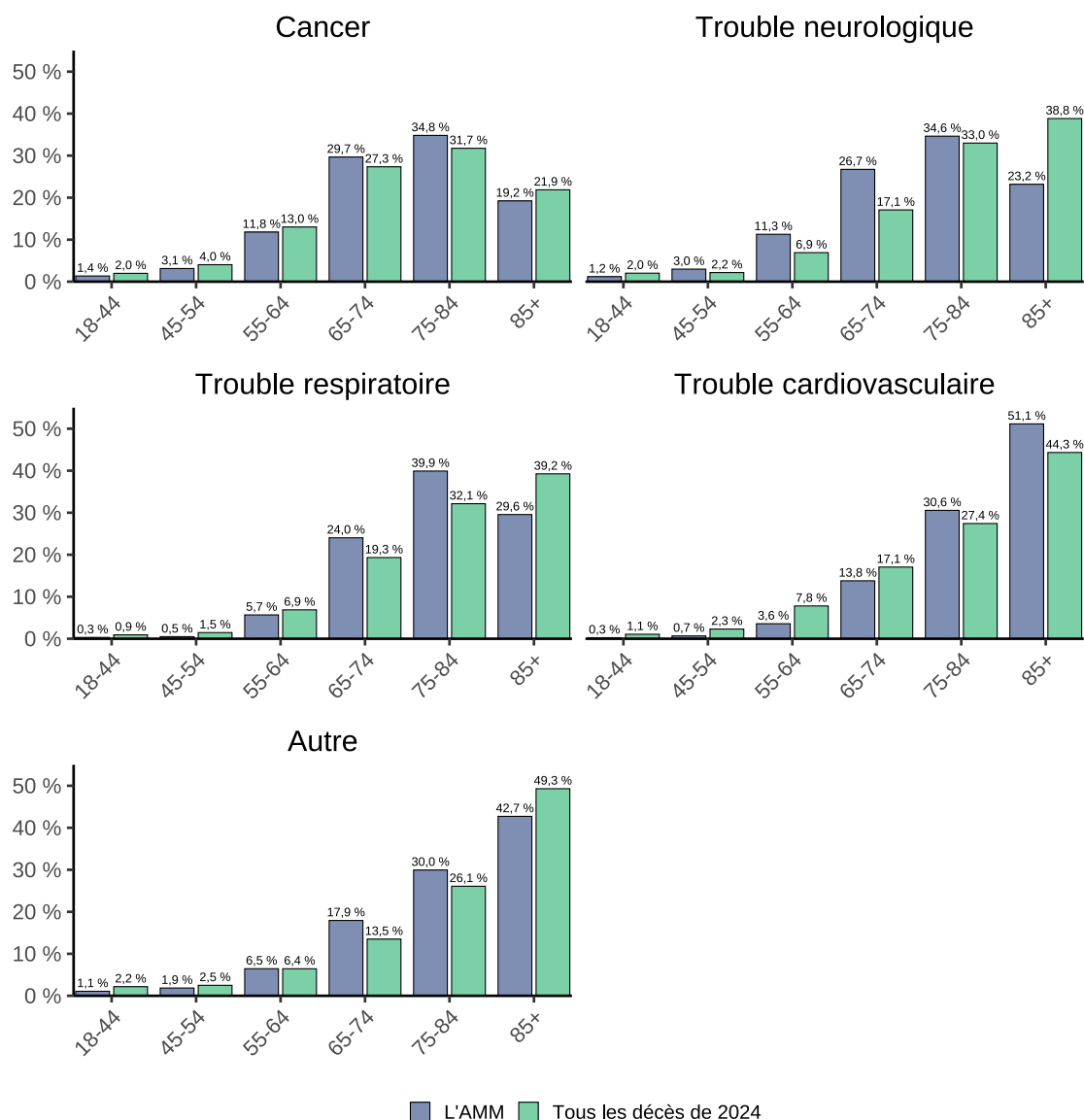
¹⁷ Il n'existe aucun code dans la version actuelle de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé exclusif à la SLA. La vaste catégorie de décès attribués à la maladie du neurone moteur inclut la SLA, en plus de la paralysie bulbaire, de la paralysie pseudobulbaire, du syndrome bulbaire progressif, de la maladie du neurone moteur (de type Duchenne), de l'amyotrophie Duchenne Aran et de la paralysie labiolinguale.

¹⁸ Base canadienne de données de l'état civil – Décès, 2024 (provisoire).

¹⁹ Société canadienne de la sclérose latérale amyotrophique. « ALS Overview ». Toronto (Ont.) : Société canadienne SLA, 2025.
<https://als.ca/what-is-als/als-overview/>

²⁰ Base canadienne de données de l'état civil – Décès, 2024 (provisoire).

Figure 3.1b : Répartition des bénéficiaires de l'AMM pour chaque problème de santé, par catégorie d'âge, en comparaison de tous les décès en 2024



Notes explicatives :

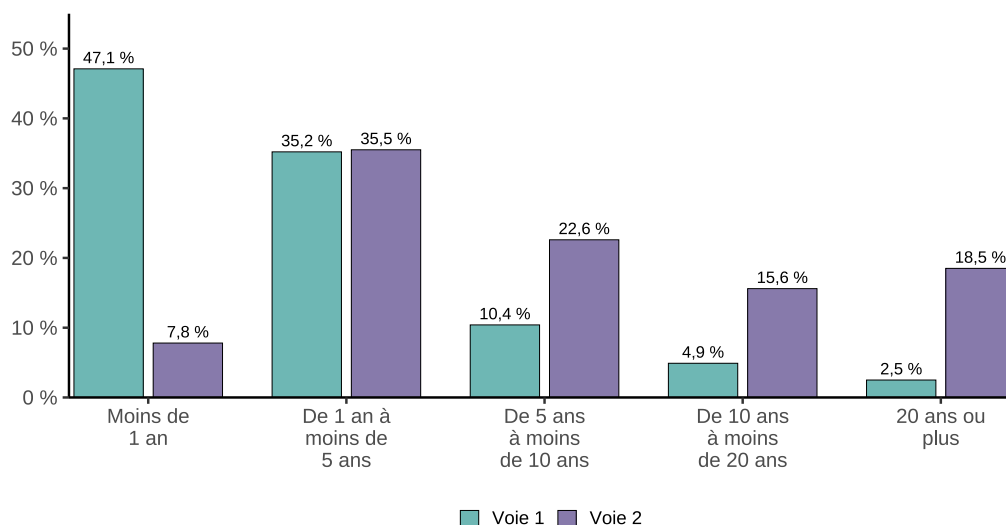
- Ces données sont présentées à titre illustratif seulement et doivent être interprétées avec prudence, car les données sur l'AMM et les données de statistiques vitales ne sont pas directement comparables.
- Bien que plusieurs problèmes de santé puissent être déclarés pour chaque cas d'AMM, une seule cause de décès est indiquée dans les statistiques vitales (comme il est indiqué sur le certificat de décès).
- « Tous les décès » n'inclut pas les décès accidentels, les décès par suicide ou agression, ni tout décès dont la cause est inconnue. Pour tous les détails sur cette variable, voir l'[annexe B](#).
- Défaillance d'organe a été ajoutée à la catégorie des « autres » problèmes de santé. Voir l'[annexe B](#) pour plus d'informations.

3.2 Durée d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables

Selon le règlement, les praticiens doivent indiquer depuis combien de temps la personne demandant l'AMM a une maladie, une affection ou un handicap graves et incurables.

La **figure 3.2a** présente la durée pendant laquelle les bénéficiaires de l'AMM ont déclaré vivre avec une maladie, une affection ou un handicap graves et incurables, répartie selon la voie. Conformément aux constatations de 2023, les personnes recevant l'AMM dans le cadre de la voie 2 avaient tendance à vivre avec un problème de santé grave et incurable plus longtemps que celles recevant l'AMM dans le cadre de la voie 1 : 18,5 % des personnes recevant l'AMM dans le cadre de la voie 2 vivaient avec une maladie, une affection ou un handicap graves et incurables depuis plus de 20 ans, comparativement à 2,5 % de ceux dans la voie 1. En revanche, 7,8 % des personnes recevant l'AMM dans le cadre de la voie 2 vivaient avec une maladie, une affection ou un handicap graves et incurables depuis moins d'un an, comparativement à 47,1 % de celles dans la voie 1.

Figure 3.2a : Durée d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables, par voie



De plus, de nombreux bénéficiaires de l'AMM ont vécu avec plus d'un problème de santé grave et incurable pendant une période prolongée. Un peu plus du tiers (36,3 %) des bénéficiaires de l'AMM de la voie 1 avaient un problème de santé depuis un an ou plus, comparativement à 67,9 % des bénéficiaires de l'AMM de la voie 2. Par ailleurs, seulement 16,7 % des bénéficiaires de l'AMM de la voie 1 avaient deux problèmes de santé ou plus depuis un an ou plus, comparativement à 24,3 % des bénéficiaires de l'AMM de la voie 2. Ces constatations démontrent que les bénéficiaires de l'AMM de la voie 2 avaient tendance à avoir un plus grand nombre de problèmes de santé pendant une période plus longue.

3.3 La situation médicale de la personne se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités

Le deuxième élément du critère d'admissibilité relatif aux « problèmes de santé graves et irrémédiables » est que la situation médicale de la personne « se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités ». Cela signifie que la réduction de la capacité de la personne à entreprendre des activités qui lui sont significatives est grave et ne peut être améliorée par des interventions raisonnables²¹. Cette perte de capacité peut être soudaine, graduelle, continue ou stable²².

La **figure 3.3a** présente, par voie, les différents indicateurs mentionnés par les praticiens pour déterminer qu'une personne était dans un état avancé de déclin irréversible de ses capacités. Pour les voies 1 et 2, l'indicateur le plus souvent mentionné était l'incapacité de la personne à accomplir la plupart ou toutes les activités de la vie quotidienne (par exemple, se nourrir, se laver et aller aux toilettes soi-même), ou les activités instrumentales de la vie quotidienne (par exemple, gérer les finances, préparer les repas, gérer les médicaments). Cela a été mentionné dans 90,0 % des cas de la voie 1 et dans 87,7 % des cas de la voie 2. D'autres indicateurs fréquemment mentionnés pour les voies 1 et 2 étaient les suivants :

- fatigue/faiblesse extrême persistante (ou augmentation marquée);
- douleur chronique persistante, importante et croissante;
- dépendance importante à l'égard d'aides à l'interaction.

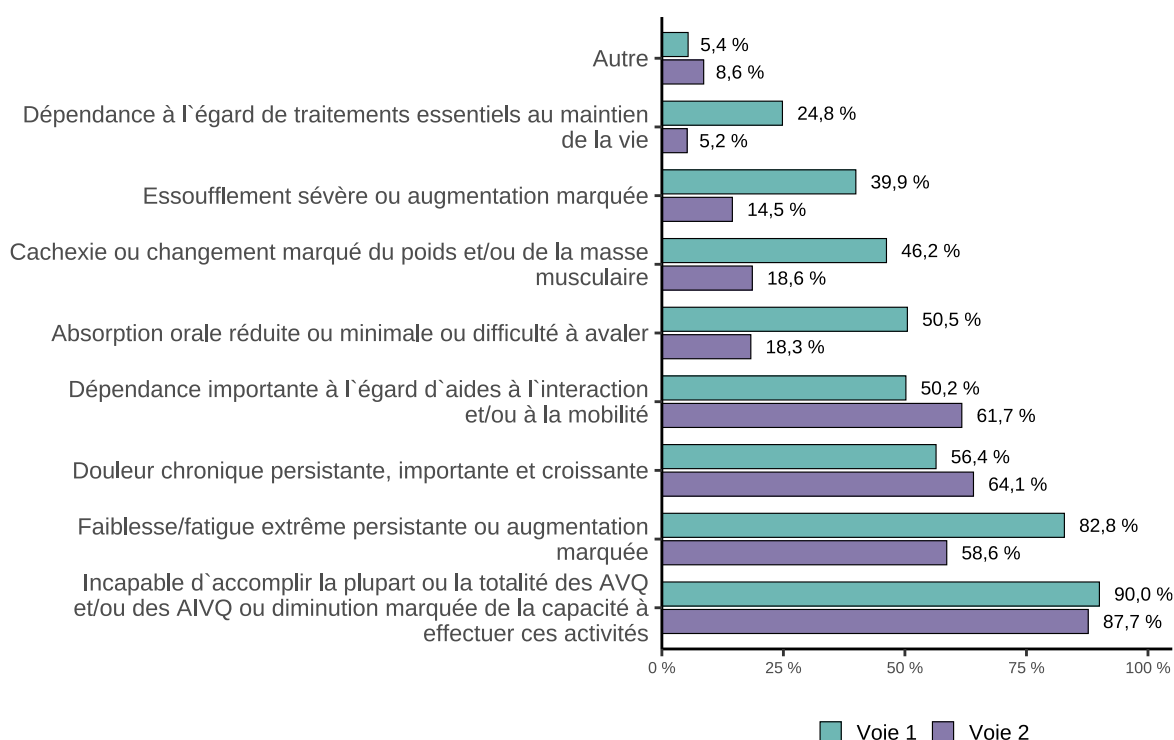
Plusieurs indicateurs associés à un déclin en fin de vie ont été mentionnés beaucoup plus fréquemment dans les cas d'AMM de la voie 1 que dans les cas d'AMM de la voie 2, notamment les suivants :

- absorption orale réduite ou minimale ou difficulté à avaler;
- cachexie ou changement marqué du poids et/ou de la masse musculaire;
- essoufflement sévère (ou augmentation marquée);
- dépendance à l'égard de traitements essentiels au maintien de la vie.

²¹ Santé Canada. « Document de référence : Aide médicale à mourir (AMM) ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada, 2023. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/document-reference-aide-medicale-mourir.html>

²² Gouvernement du Canada. « Aide médicale à mourir : Mise en œuvre du cadre ». Ottawa (Ont.) : 2024. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/services-avantages-lies-sante/aide-medicale-mourir/mise-oeuvre-cadre.html>

Figure 3.3a : Indicateurs d'un état avancé de déclin irréversible des capacités, par voie

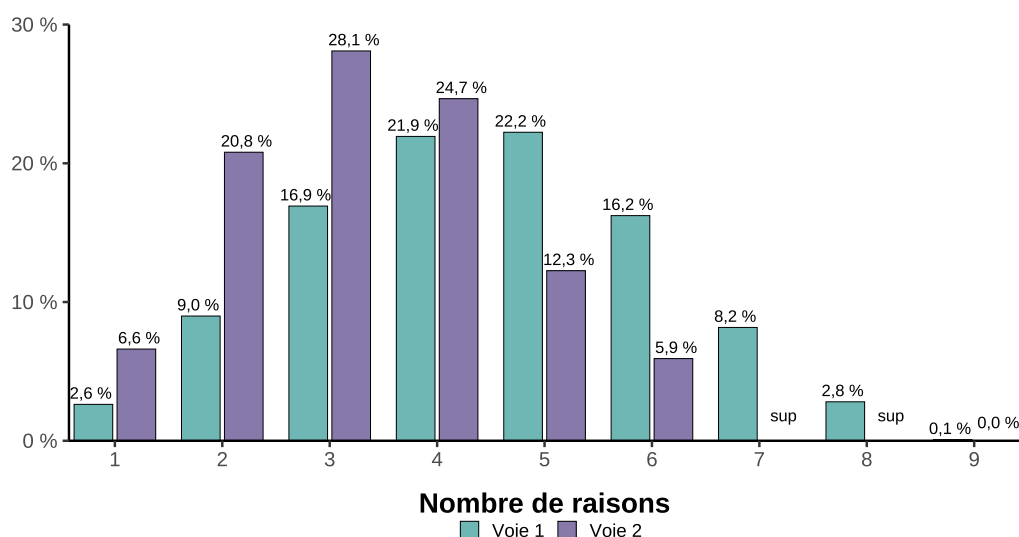


Notes explicatives :

- a. Plus d'une option pouvait être choisie. Les totaux dépasseront 100 %.
- b. Les « AVQ » désignent les activités de la vie quotidienne.
- c. Les « AIVQ » désignent les activités instrumentales de la vie quotidienne.

Les praticiens mentionnent souvent plus d'un indicateur voulant qu'une personne soit dans un état avancé de déclin irréversible de ses capacités. La **figure 3.3b** présente la répartition du nombre d'indicateurs déclarés, par voie. Comme le montre la figure, les praticiens mentionnaient le plus souvent cinq indicateurs d'un état avancé de déclin irréversible chez les bénéficiaires de l'AMM de la voie 1 (c'est-à-dire dans 22,2 % des cas de la voie 1), alors qu'ils mentionnaient le plus souvent trois indicateurs chez les bénéficiaires de l'AMM de la voie 2 (c'est-à-dire dans 28,1 % des cas de la voie 2).

Figure 3.3b : Répartition du nombre d'indicateurs déclarés pour un état avancé de déclin irréversible des capacités, par voie

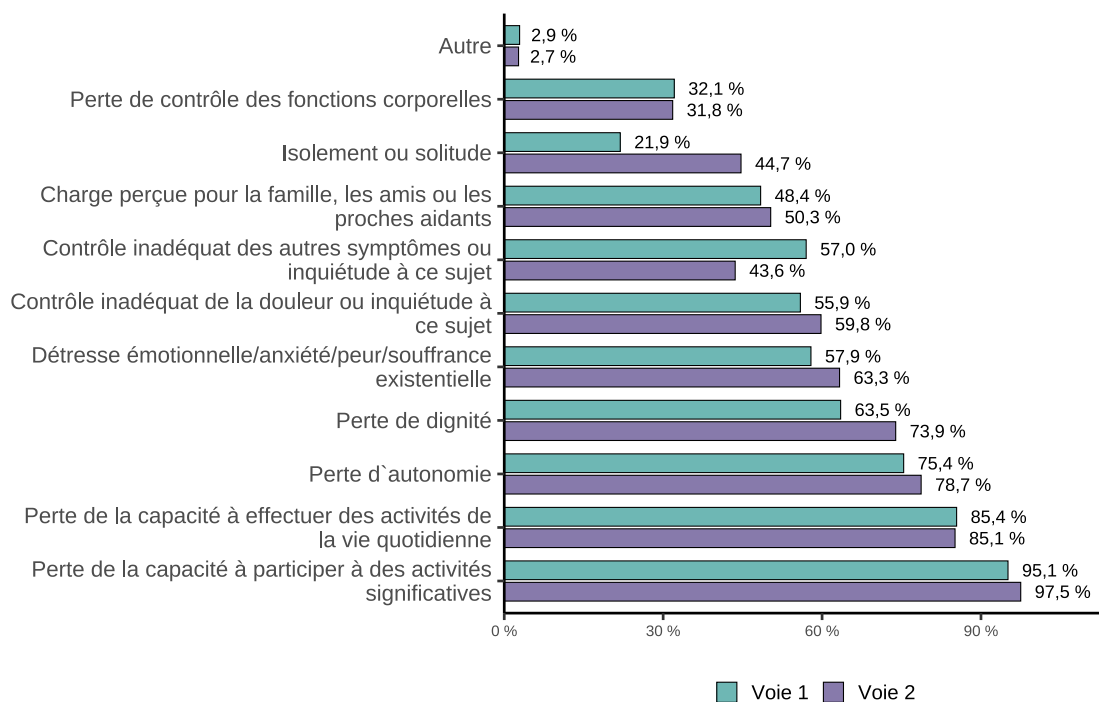


3.4 Nature de la souffrance

Le troisième élément du critère d'admissibilité relatif aux « problèmes de santé graves et irrémédiables » est que la personne subit « des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables ».

La **figure 3.4a** présente les sources de souffrance liées à l'état de santé de la personne déclarées par les praticiens. Étant donné que les personnes approuvées pour recevoir l'AMM signalent généralement plusieurs sources de souffrance associées à leur maladie, les pourcentages totalisent plus de 100 %. Comme le montre la figure, la perte de la capacité à s'engager dans des activités significatives était la source de souffrance la plus fréquemment signalée chez les bénéficiaires de l'AMM dans les voies 1 et 2, suivie par la perte de la capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne (c'est-à-dire les tâches de base de soins personnels, comme manger, boire, s'habiller, bouger et maintenir son hygiène personnelle). La proportion de bénéficiaires de l'AMM des voies 1 et 2 signalant chaque source de souffrance était égale ou proche de la même chose avec quelques exceptions : les bénéficiaires de l'AMM dans les voies 1 étaient plus susceptibles de signaler un contrôle inadéquat des autres symptômes, ou de s'en inquiéter, tandis que ceux de la voie 2 étaient plus susceptibles de déclarer isolement, solitude et perte de dignité.

Figure 3.4a : Nature de la souffrance déclarée, par voie

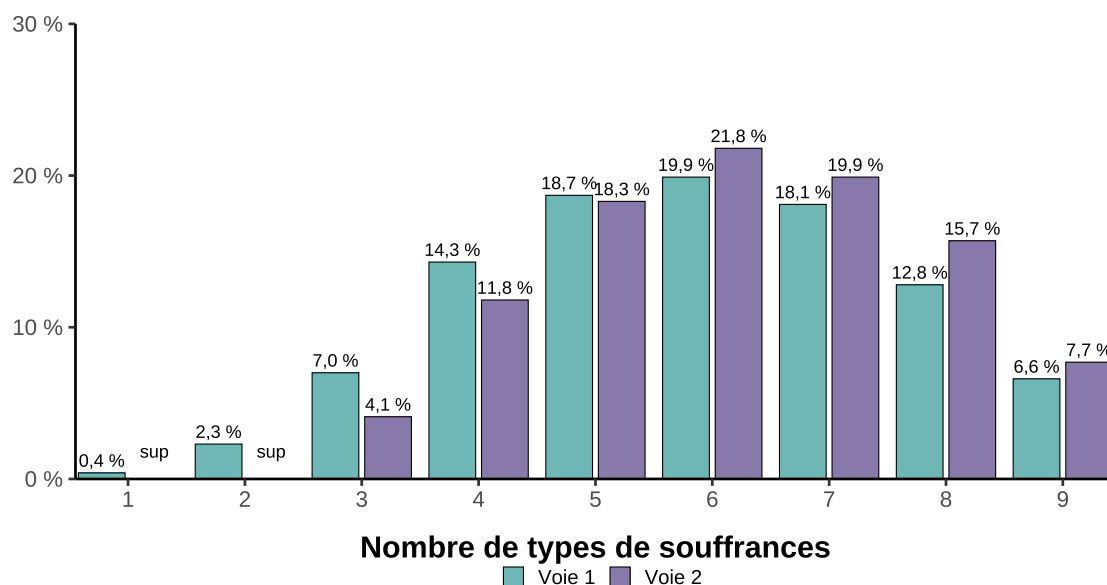


Note explicative :

a. Plus d'une option pouvait être choisie. Les totaux dépasseront 100 %.

La souffrance dans le contexte d'une maladie grave et incurable est complexe et multidimensionnelle. La littérature académique traite de multiples aspects de la souffrance : physique, psychologique, social, systémique, existentiel et spirituel^{23,24,25}. Dans cette optique, il n'est pas surprenant que, pour presque tous les cas d'AMM, les praticiens aient signalé plus d'une source de souffrance liée à l'état de santé de la personne. La **figure 3.4b** présente le nombre de types de souffrance signalés, par voie. Comme le montre la figure, les praticiens mentionnaient le plus souvent six sources de souffrance. C'était le cas pour les cas d'AMM de la voie 1 (19,9 %) et de la voie 2 (21,8 %). Dans l'ensemble, les données démontrent que les praticiens ont tendance à signaler plus de sources de souffrance chez les bénéficiaires de l'AMM dans la voie 2 que chez ceux dans la voie 1.

Figure 3.4b : Nombre de types de souffrances déclarés, par voie



²³ Krikorian, Alicia, Joaquín T. Limonero, et Jorge Maté. « Suffering and Distress at the End-of-Life ». *Psycho-Oncology* (Chichester, England), 21, n° 8, 799–808, 2012. <https://doi.org/10.1002/pon.2087>

²⁴ Dees, Marianne, Myrra Vernooij-Dassen, Wim Dekkers, et Chris van Weel. « Unbearable Suffering of Patients with a Request for Euthanasia Or Physician-Assisted Suicide: An Integrative Review ». *Psycho-Oncology* (Chichester, Angleterre), 19, n° 4, 339–352, 2010.

²⁵ Girard, Dominique, Melissa Tuinema, et Els van Wijngaarden. « Unravelling the Meaning of Suffering in the Context of Euthanasia and Assisted Suicide: A Multiperspective Meta-Ethnography ». *Mortality* (Abingdon, Angleterre), 2025.

Isolement et solitude

Dans son enquête sur le vieillissement au Canada de 2024, l'Institut national sur le vieillissement a constaté qu'au Canada, 2 personnes sur 10 (19 %) âgées de 50 ans et plus se sentaient très seules, 40 % ressentait une certaine solitude, et 43 % étaient à risque d'isolement social²⁶. L'isolement et la solitude sont connus pour avoir de graves répercussions sur la santé physique et mentale, la qualité de vie et la longévité²⁷.

Certains médias ont exprimé des inquiétudes quant à l'ampleur dans laquelle l'isolement ou la solitude peuvent motiver la demande d'AMM d'une personne²⁸. Il est toutefois important de contextualiser les constatations sur l'isolement et la solitude dans la littérature académique pertinente et les données globales sur l'AMM afin de mieux comprendre les raisons pour lesquelles les gens cherchent à recevoir l'AMM.

Comme il a été mentionné précédemment à la [section 3.2](#), les personnes recevant l'AMM dans le cadre de la voie 2 ont souvent vécu avec leur problème de santé pendant de nombreuses années. Par ailleurs, il a été constaté que les personnes ayant des problèmes de santé chroniques sont plus susceptibles de vivre une solitude épisodique chronique et un isolement social que celles qui n'en ont pas²⁹. Il est pertinent de noter ici que les personnes recevant l'AMM dans le cadre de la voie 2 sont plus susceptibles de vivre seules que celles recevant l'AMM dans le cadre de la voie 1, comme il est indiqué plus loin dans ce rapport, [section 5.3](#).

Un article récent sur les bénéficiaires de l'AMM en Colombie-Britannique (utilisant les données de 2023) a révélé que les personnes demandant l'AMM dans cette province et qui déclaraient l'isolement ou la solitude comme source de souffrance mentionnaient en moyenne plus de sources de souffrance que celles qui n'avaient pas déclaré l'isolement ou la solitude³⁰. Reconnaisant que l'article n'avait pas été évalué par des pairs, Santé Canada a reproduit cette analyse à l'échelle nationale en examinant tous les bénéficiaires de l'AMM au Canada qui mentionnaient l'isolement ou la solitude comme source de souffrance en 2024. Santé Canada a également constaté que le nombre moyen de sources de souffrance mentionnées était plus élevé parmi ceux qui mentionnaient l'isolement et la solitude (voie 1 : 7,5; voie 2 : 7,1) que chez ceux qui ne l'ont pas fait (voie 1 : 5,5; voie 2 : 5,8).

L'isolement ou la solitude n'ont pas été mentionnés comme la seule source de souffrance pour les cas d'AMM en 2024. Ils ont été mentionnés parallèlement à un seul autre type de souffrance dans moins de cinq cas d'AMM, tous de la voie 1.

²⁶ Iciaszczyk, Natalie, Gabrielle Gallant, Talia Bronstein, Alyssa Brierley, et Samir K. Sinha. « Perspectives sur le vieillissement au Canada : Enquête 2024 de l'INV sur le vieillissement au Canada ». Toronto (Ont.) : Institut national sur le vieillissement, 2025. <https://www.niaging.ca/2024-annual-survey>

²⁷ Organisation mondiale de la Santé. « Social Isolation and Loneliness ». Genève, Suisse : 2025. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness>

²⁸ Voir par exemple : Meagan Gillmore. « New report reignites debate over MAiD's effect on socially vulnerable ». Canadian Affairs, 19 décembre 2024. <https://www.canadianaffairs.news/2024/12/19/new-report-reignites-debate-over-maids-effect-on-socially-vulnerable/>

²⁹ Lim, Michelle H., Karine E. Manera, Katherine B. Owen, Philayrath Phongsavan, et Ben J. Smith. « The Prevalence of Chronic and Episodic Loneliness and Social Isolation from a Longitudinal Survey ». Scientific Reports, 13, n° 1, 12453–12, 2023.

³⁰ Paul Magennis et Kim Carlson. « Previously unpublished data shows that people are not choosing MAiD simply because they are lonely ». MAiD in Canada, 7 août 2025, <https://maidincanada.substack.com/p/previously-unpublished-data-shows>

Perception d'être un fardeau pour la famille, les amis et les proches aidants

La perception d'être un fardeau pour les autres est un sentiment courant chez les personnes atteintes de maladies graves. On explique cette perception comme « découlant du sentiment de dépendance du bénéficiaire et de la frustration et de l'inquiétude qui en découlent, ce qui peut ensuite mener à des sentiments négatifs de culpabilité d'être responsable des difficultés du proche aidant³¹. » Les chercheurs ont souligné l'importance clinique de la perception d'être un fardeau pour les autres, compte tenu de la détresse et de la souffrance qu'elle cause, ainsi que de son incidence négative sur la qualité de vie et le sentiment de dignité³². Certains ont aussi remis en question le rôle potentiel que cette perception peut jouer pour inciter une personne à demander l'AMM ainsi que les façons dont elle peut révéler des lacunes plus importantes en matière de soins à domicile adéquats et de services de soutien aux proches aidants³³.

Comme cela a été fait pour l'article récent présentant une analyse des données sur l'AMM en Colombie-Britannique³⁴, Santé Canada a examiné tous les bénéficiaires de l'AMM au Canada qui mentionnaient la « charge perçue sur la famille, les amis et les proches aidants » comme source de souffrance. Santé Canada a également constaté que le nombre moyen de sources de souffrance mentionnées était plus élevé parmi les personnes qui mentionnaient une charge perçue (voie 1 : 6,8; voie 2 : 7,1) que celles qui ne l'ont pas fait (voie 1 : 5,1; voie 2 : 5,6). La charge perçue a été mentionnée comme la seule source de souffrance dans moins de cinq cas d'AMM et accompagnée d'un seul autre type de souffrance dans 18 cas. Tous ces cas ont été classés comme associés à la voie 1.

3.5 Détermination du caractère volontaire de la demande d'AMM

La législation fédérale stipule que la demande d'AMM d'une personne doit être faite de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures. Dans le cadre de leurs obligations de déclaration en lien avec l'administration de l'AMM, les praticiens doivent préciser comment ils ont conclu que la demande d'AMM de la personne était volontaire. Les résultats pour 2024 sont cohérents avec ceux des années précédentes.

Dans pratiquement tous les cas où l'AMM a été administrée, les praticiens ont indiqué avoir consulté directement la personne pour déterminer le caractère volontaire de la demande d'AMM. La plupart des praticiens déterminaient le caractère volontaire par plusieurs sources, telles que la consultation préalable de la personne, la consultation des membres de la famille ou des amis, l'examen des dossiers médicaux de la personne, et la consultation d'autres professionnels de la santé ou des services sociaux impliqués dans les soins de la personne. Les praticiens choisissaient le plus souvent trois sources d'information différentes pour déterminer le caractère volontaire. Dans 21,2 % des cas de la voie 1, le praticien n'a sélectionné qu'une seule source d'information pour déterminer le caractère volontaire, comparativement à 12,6 % des cas de la voie 2. Dans 34,9 % des cas de la voie 2, le praticien a sélectionné 4 ou 5 sources d'information, comparativement à 25,0 % des cas de la voie 1.

³¹ Cousineau, Natalie, Ian McDowell, Steve Hotz, et Paul Hébert. « Measuring Chronic Patients' Feelings of being a Burden to their Caregivers: Development and Preliminary Validation of a Scale ». *Medical Care*, 41, n° 1, 110–118, 2003.

³² Rodríguez-Prat, Andrea, Albert Balaguer, Iris Crespo, et Cristina Monforte-Royo. « Feeling Like a Burden to Others and the Wish to Hasten Death in Patients with Advanced Illness: A Systematic Review ». *Bioethics*, 33, n° 4, 411–42, 2019.

³³ Voir par exemple : Alexandra Campbell. « Excuse me for living: MAiD, autonomy and feeling like a burden ». *Healthy Debate*. 26 août 2024, <https://healthydebate.ca/2024/08/topic/maid-autonomy-feeling-burden/>

³⁴ Paul Magennis et Kim Carlson. « Previously unpublished data shows that people are not choosing MAiD simply because they are lonely ».

4. Considérations sociodémographiques, accès et inégalités

4.1 Importance et défis de la collecte de données sur l'identité

Selon le règlement, les praticiens doivent recueillir des renseignements concernant la race, l'identité autochtone et le handicap dans le cadre d'une demande d'AMM, si la personne consent à la collecte de ces informations. Le but de cette collecte de données est d'aider à déterminer la présence d'inégalités ou de désavantages individuels ou systémiques dans l'administration de l'AMM.

Il existe différentes approches selon les systèmes de santé provinciaux et territoriaux pour recueillir ces données :

- En Colombie-Britannique, dans les Territoires du Nord-Ouest et en Alberta, l'information est recueillie par des formulaires de demande des patients.
- En Saskatchewan et au Manitoba, elles sont recueillies par l'intermédiaire des services de coordination des soins.
- Dans les autres provinces et territoires, il revient à chaque praticien de demander au demandeur s'il souhaite s'auto-identifier.

La volonté d'une personne de s'auto-identifier pendant le processus d'évaluation de l'AMM, ou toute rencontre clinique, dépend de nombreux facteurs. Cela inclut, par exemple, des préoccupations concernant la façon dont ces informations pourraient être utilisées ainsi que le racisme et la discrimination que la personne a pu avoir vécus auparavant dans ses soins de santé.

Le document d'orientation technique de Santé Canada à l'intention des praticiens concernant les exigences de déclaration de l'AMM précise que les éléments de données sur la race, l'identité autochtone et le handicap sont des questions d'« auto-identification » et doivent refléter la façon dont la personne s'identifie³⁵. Les réponses ne reflètent pas le statut légal ou l'enregistrement d'une personne (dans le cas de l'identité autochtone). Les directives de Santé Canada encouragent les praticiens à souligner que toute information d'auto-identification fournie n'a aucune incidence sur les soins de la personne ou l'évaluation de l'AMM.

³⁵ Santé Canada. « Document d'orientation technique : Exigences en matière d'établissement de rapports en vertu du Règlement modifiant le Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada, 2025. <https://www.canada.ca/fr/services/sante/publications/systeme-et-services-sante/orientation-exigences-matiere-etablissement-rapports-reglement-surveillance-aide-medicale-mourir.html>

Collecte de données sur l'identité en 2024

Comme il est mentionné à la [section 1.2](#), 2024 était la deuxième année de collecte des données en vertu du règlement mis à jour. Bien que les données d'auto-identification pour 2024 aient été plus complètes que pour 2023, les différentes approches au sein des systèmes de santé provinciaux et territoriaux pour recueillir ces informations continuent d'influer sur la qualité et la fiabilité des données. Par exemple, dans les provinces et territoires où l'information doit être recueillie par le praticien, les praticiens ont déclaré avoir été réticents à poser cette série de questions. Cette réticence peut découler de préoccupations quant à l'impact que pourraient avoir ces questions sur la relation clinique et la méfiance qui pourrait en résulter. Elle peut également découler d'un manque de compréhension de la pertinence de poser ces questions dans le contexte d'une demande d'AMM, d'où le besoin continu de soutenir les praticiens et de les former à la sécurité culturelle afin de garantir que ces informations peuvent être recueillies de manière culturellement sécuritaire et cliniquement appropriée. Santé Canada collabore avec les responsables de la santé provinciaux et territoriaux pour non seulement améliorer la collecte des données, la cohérence et la qualité, mais aussi pour sensibiliser les praticiens à ces obligations de déclaration.

Compte tenu des limites mentionnées ci-dessus, les informations de cette section doivent être interprétées avec prudence.

4.2 AMM par groupe racial, ethnique ou culturel

Les données sont recueillies sur des catégories de groupes raciaux, ethniques ou culturels selon les directives de l'Institut canadien d'information sur la santé³⁶ et conformément à la question sur l'identité des « minorités visibles » de Statistique Canada comprise dans le Recensement de 2021. Les personnes qui s'identifient à plusieurs groupes ou à des groupes mixtes peuvent sélectionner plus d'une des catégories énumérées, ou choisir de fournir des détails précis sous la rubrique « préciser un autre groupe racial »³⁷.

Un total de 15 927³⁸ des 16 499 personnes ayant reçu l'AMM en 2024 ont répondu à cette question, dont la grande majorité (95,6 %) s'identifiait comme des personnes blanches (caucasiennes)³⁹. En guise de comparaison avec la population globale du Canada, environ 70 % des Canadiens s'identifiaient comme caucasiens lors du recensement le plus récent⁴⁰. La deuxième identité raciale, ethnique ou culturelle la plus fréquemment déclarée parmi les bénéficiaires de l'AMM était Asiatique de l'Est (1,6 %).

Compte tenu à la fois des limites des données décrites à la [section 4.1](#) et de l'homogénéité relative des réponses fournies, il n'est pas possible d'entreprendre une analyse plus significative en ce qui a trait aux différences potentielles dans l'administration de l'AMM selon l'identité raciale ou ethnique. La proportion de bénéficiaires de l'AMM s'identifiant comme caucasiens (blancs) par province et territoire est donnée dans le [tableau C.5](#) (Annexe C).

³⁶ Institut canadien d'information sur la santé. « Directives sur l'utilisation des normes de collecte de données fondées sur la race et l'identité autochtone pour la production de rapports sur la santé au Canada ». Ottawa (Ont.), 2022. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/guidance-and-standards-for-race-based-and-indigenous-identity-data-fr.pdf>

³⁷ Santé Canada. « Document d'orientation : Exigences en matière d'établissement de rapports en vertu du Règlement modifiant le Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir ».

³⁸ Ce chiffre inclut 1 166 personnes qui n'ont pas consenti à divulguer cette information.

³⁹ En tout, 94,8 % des répondants de la voie 1 se sont identifiés comme des personnes caucasiennes (blanches); 97,4 % des répondants de la voie 2 se sont identifiés comme des personnes caucasiennes (blanches)

⁴⁰ Statistique Canada. « Le recensement canadien, un riche portrait de la diversité ethnoculturelle et religieuse au pays ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada, 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/221026/dq221026b-fra.htm>

4.3 Personnes autochtones ayant reçu l'AMM

Compte tenu des limites de données décrites à la [section 4.1](#), les données présentées dans cette section ne doivent pas être considérées comme représentant fidèlement la population autochtone au Canada ayant reçu l'AMM en 2024. En conséquence, l'analyse de ces données est limitée afin d'empêcher les lecteurs de tirer des conclusions erronées sur le profil des Premières Nations, des Inuits et des Métis recevant l'AMM au Canada.

Les personnes demandant l'AMM sont interrogées pour savoir si elles appartiennent à un ou à plusieurs des trois groupes de peuples autochtones reconnus constitutionnellement au Canada : les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

Un total de 16 115⁴¹ des 16 499 personnes ayant reçu l'AMM en 2024 ont répondu à cette question, dont 164 s'identifiant comme Autochtones. Il y avait 102 personnes qui s'identifiaient comme membres des Premières Nations, 57 comme Métis, et 7 comme Inuits.

La majorité des personnes s'identifiant comme Autochtones ayant reçu l'AMM ont été évaluées dans le cadre de la voie 1 (93,9 %, n=154), tandis que 6,1 % (n=10) ont été évaluées dans le cadre de la voie 2. Santé Canada ne peut pas déclarer des différences par distinction entre la voie 1 et la voie 2 sans compromettre la confidentialité. La proportion de personnes ayant reçu l'AMM dans le cadre de la voie 2 et s'étant identifiées comme Autochtones est légèrement plus élevée que celle de la population globale au Canada ayant reçu l'AMM dans le cadre de la voie 2. Cependant, étant donné le nombre relativement faible de personnes ayant reçu l'AMM et s'étant identifiées comme Autochtones, il n'est pas possible de tirer des conclusions significatives sur cette constatation.

Les problèmes de santé sous-jacents les plus fréquemment signalés chez les Autochtones ayant reçu l'AMM reflètent ceux de l'ensemble de la population du Canada ayant reçu l'AMM (voir [section 3.1](#)).

Il est important de noter qu'il existait une variation significative à l'échelle du pays en ce qui concerne l'exhaustivité des données sur la question de l'identité autochtone, ce qui compromet la fiabilité des données présentées. Certaines provinces ont connu des taux de réponses « inconnues » de façon incohérente. Par exemple, alors que la proportion de réponses « inconnues » était inférieure à 8 % dans la plupart des provinces et territoires, ce taux s'élevait à 30,1 % dans une province. D'autres provinces affichaient aussi des taux incohérents de personnes ne consentant pas à répondre : alors que pour la plupart des provinces et territoires, la proportion de réponses « ne pas consentir » était inférieure à 10 %, les réponses « ne pas consentir » représentaient 25,0 % des réponses dans une province et 23,1 % dans une autre.

⁴¹ Ce chiffre inclut 1732 personnes qui n'ont pas consenti à divulguer cette information.

Depuis que Santé Canada a commencé à rendre compte de l'identité autochtone dans le contexte de l'AMM l'an dernier, les responsables du ministère ont eu des discussions avec les partenaires autochtones concernant la collecte et l'utilisation appropriée de ces données. Lors des discussions précédant la publication du rapport annuel de cette année, certains partenaires ont suggéré de comparer la proportion de bénéficiaires de l'AMM qui s'identifiaient comme Autochtones à celle des personnes qui s'identifiaient comme Autochtones et mouraient de causes naturelles. Comme il a été souligné lors de ces discussions, cette analyse améliorerait la transparence en mettant en lumière les divergences partout au pays concernant l'exhaustivité des données sur l'identité autochtone.

En réponse à cette suggestion, et afin de mieux contextualiser les données sur l'identité autochtone, Santé Canada a collaboré avec Statistique Canada pour effectuer la comparaison, présentée dans le **tableau 4.3a**. Comme le montre le tableau, le pourcentage de personnes s'identifiant comme Autochtones et décédées de causes naturelles dépasse la proportion de personnes qui s'identifiaient comme Autochtones et recevaient l'AMM dans toutes les régions ou provinces, souvent dans une très grande mesure. C'est particulièrement vrai au Manitoba, en Saskatchewan et dans les Territoires. En plus des problèmes liés à la qualité et à l'exhaustivité des données, cela pourrait résulter d'une combinaison de facteurs, incluant :

- les défis pour accéder à l'AMM, particulièrement dans les communautés rurales et éloignées où une plus grande proportion d'Autochtones vivent (comparativement aux non-Autochtones)⁴²;
- la méfiance envers le système de santé, fondée sur des expériences de racisme anti-autochtone⁴³, qui limite la capacité d'avoir des discussions complètes sur les soins de fin de vie;
- un inconfort potentiel et/ou un manque de compréhension concernant le sujet de l'AMM⁴⁴;
- le décalage potentiel entre l'AMM et les visions du monde autochtones⁴⁵.

⁴² Yangzom, Kelsang, Huda Masoud et Tara Hahmann. « Accès aux soins de santé primaires chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit, 2017 à 2020 ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada (Statistique Canada), 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/41-20-0002/412000022023005-fra.htm>

⁴³ Turpel-Lafond, Mary Ellen et Harmony Johnson. « *In Plain Sight : Addressing Indigenous-Specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care* ». Victoria, C.-B. : Gouvernement de la Colombie-Britannique, 2020. <https://doi.org/10.14288/bcs.vi209.195283>

⁴⁴ Congès des peuples autochtones. « Rapport final : Soins palliatifs et de fin de vie et aide médicale à mourir ». Ottawa (Ont.) : Congès des peuples autochtones, 2025. <https://abo-peoples.org/publications/>

⁴⁵ Association des femmes autochtones du Canada. « *Perspectives sur l'aide médicale à mourir (AMM) parmi les femmes, filles et personnes bispirituelles, transgenres et de diverses identités de genre autochtones au Canada : une étude exploratoire* ». Ottawa (Ont.) : Association des femmes autochtones du Canada, 2025. <https://www.nwac.ca/assets-documents/NWAC-MAiD-Report-FR.pdf>

Tableau 4.3a : Proportion de bénéficiaires de l'AMM qui s'identifient comme Autochtones par rapport à la proportion de personnes décédées de causes naturelles et identifiées comme Autochtones

Région/province ^a	Proportion de personnes ayant reçu l'AMM qui s'identifiaient comme Autochtones en 2024 ^b (%)	Proportion estimée de personnes décédées de causes naturelles et identifiées comme Autochtones de 2021 à 2023 ^{c,d} (%)
Atlantique	1,0	3,9
Qc	0,3	2,5
Ont.	0,9	2,7
Man.	2,7	13,2
Sask.	3,8	12,4
Alb.	1,5	6,1
C.-B.	1,8	5,1
Territoires	21,7	62,8

^a Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick sont regroupés sous « Atlantique », tandis que les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut sont regroupés sous « Territoires » en raison du faible nombre de personnes. Les données des autres provinces sont gardées séparées pour préserver le plus de données possible.

^b Cela inclut toute personne qui s'est identifiée comme : membres des Premières Nations, Métis ou Inuit (ou qui a choisi plus d'une option, le cas échéant) et qui a consenti à partager l'information.

^c Sources : Statistique Canada, Cohortes canadiennes de santé et d'environnement, 2021, version 1b (numéro d'enregistrement 5422)⁴⁶, Recensement de la population – formulaire long, 2021 (numéro de dossier 3901), et Base canadienne de données de l'état civil – Décès, 2021 à 2023 (numéro de dossier 3233)

^d Données non disponibles pour 2024. Pour tous les détails, voir l'annexe B.

Santé Canada continuera d'avoir des discussions avec les partenaires autochtones concernant la collecte et l'utilisation appropriée des données sur l'identité autochtone, en plus de travailler avec les provinces et territoires pour repérer des occasions d'améliorer la qualité et la cohérence des données à long terme.

Reconnaissant les limites des données sur l'identité autochtone et l'importance de la souveraineté des données autochtones, ces données ne seront pas partagées avec des chercheurs externes sans discussions supplémentaires avec les partenaires autochtones.

⁴⁶ Statistique Canada. « Cohortes santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN) ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada 2025. <https://www.statcan.gc.ca/fr/microdonnees/centres-donnees/donnees/csercan>

4.4 Personnes en situation de handicap ayant reçu l'AMM

Selon les données les plus récentes disponibles, 8 millions de personnes au Canada ont au moins un handicap qui les limite dans leurs activités quotidiennes, ce qui représente 27 % des personnes âgées de 15 ans et plus. Le taux de handicap est plus élevé chez les femmes (30 %) que chez les hommes (24 %) et augmente avec l'âge, 40 % des adultes de 65 ans et plus déclarant au moins un handicap⁴⁷. Près de la moitié des personnes en situation de handicap déclarent avoir au moins un besoin non comblé en services de santé⁴⁸.

Reconnaissant les inégalités systémiques de longue date auxquelles font face les personnes en situation de handicap, le Canada prend plusieurs mesures pour réduire les obstacles à l'inclusion au sein de cette population. Cela inclut, par exemple, l'adoption de la *Loi canadienne sur l'accessibilité*, qui vise à repérer, éliminer et prévenir les obstacles auxquels font face les personnes en situation de handicap, ainsi que la mise en œuvre du Plan d'action pour l'inclusion des personnes en situation de handicap du Canada afin d'améliorer la participation sociale et économique des personnes en situation de handicap au Canada⁴⁹.

La collecte d'informations sur le handicap dans le contexte de l'AMM offre un aperçu important de la mesure dans laquelle les personnes en situation de handicap cherchent et reçoivent l'AMM, ainsi que des circonstances médicales qui motivent leurs demandes⁵⁰. Selon le règlement, les praticiens doivent demander aux personnes cherchant à recevoir l'AMM d'indiquer s'ils estiment que ces personnes ont un handicap. Si la personne demande une explication supplémentaire sur ce que signifie le terme « handicap », les praticiens sont encouragés à la décrire comme « une limitation fonctionnelle dans l'un des dix domaines suivants, qui ne peut être corrigée par l'utilisation d'aides : la vision, l'ouïe, la mobilité, la flexibilité, la dextérité, la douleur, l'apprentissage, le développement, la santé mentale ou la mémoire⁵¹ ».

En 2024, 16 104⁵² des 16 499 personnes ayant reçu l'AMM ont répondu à la série de questions sur le handicap. C'est une amélioration significative par rapport à l'an dernier, lorsque 10 581 des 15 343 personnes ayant reçu l'AMM ont répondu à cette série de questions. Comme pour la question sur l'identité autochtone, il y avait des variations à l'échelle du pays en ce qui concerne l'exhaustivité et la qualité des données. Par exemple, les données manquaient pour cette série de questions pour près de la moitié des bénéficiaires de l'AMM dans une administration, et la proportion de bénéficiaires de l'AMM qui n'ont pas consenti à divulguer cette information varie de seulement deux pour cent à plus de 10 pour cent. Ainsi, les constatations globales doivent tout de même être interprétées avec prudence.

⁴⁷ Statistique Canada. « Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017 à 2022 ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada, 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/231201/dq231201b-fra.htm>

⁴⁸ Statistique Canada. « Facteurs associés aux besoins insatisfaits en matière de mesures de soutien pour les personnes ayant une incapacité, 2022 ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada, 2025. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2025005-fra.htm>

⁴⁹ Emploi et Développement social Canada. « Plan d'action pour l'inclusion des personnes en situation de handicap du Canada, 2022 ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada, 2022. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/plan-action-inclusion-personnes-situation-handicap/plan-action-2022.html>

⁵⁰ Reconnaissant que ces données soient incomplètes et que les gens peuvent choisir de ne pas s'auto-identifier, il n'est pas possible de tirer des conclusions définitives à cet égard.

⁵¹ Santé Canada. « Document d'orientation : Exigences en matière d'établissement de rapports en vertu du Règlement modifiant le Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir ».

⁵² Ce chiffre inclut 984 personnes qui n'ont pas consenti à divulguer cette information.

Le **tableau 4.4a** présente le profil des personnes recevant l'AMM qui ont déclaré elles-mêmes avoir un handicap. Parmi les 16 104 personnes ayant répondu à cette série de questions, 5 295 (32,9 %) se sont identifiées comme ayant un handicap : 31,6 % (n=4 858) des répondants de la voie 1 se sont identifiés comme ayant un handicap, comparativement à 61,5 % (n=437) des répondants de la voie 2.

Tableau 4.4a : Profil des répondants à la question sur le handicap auto-déclaré

Caractéristiques	Voie 1		Voie 2	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
Nombre total de répondants à la question sur le handicap auto-identifié^a	15 394	97,6	710	97,0
Les personnes ayant déclaré avoir un handicap	4 858	31,6	437	61,5

^a Toutes les personnes ayant reçu l'AMM n'ont pas répondu à cette question.

Les taux auxquels les personnes recevant l'AMM qui se sont identifiées comme ayant un handicap variaient grandement selon les provinces et territoires, particulièrement dans la voie 1, où le taux variait de 12,0 % au Québec à 100 % dans les Territoires du Nord-Ouest. Dans la voie 2, le taux le plus bas a été déclaré au Québec (49,6 %) et le taux le plus élevé en Saskatchewan (88,9 %). La proportion de bénéficiaires de l'AMM s'étant identifiés comme ayant un handicap par province et territoire est présentée dans le **tableau C.5** (Annexe C).

Le **tableau 4.4b** présente la répartition des personnes recevant l'AMM qui se sont identifiées comme ayant un handicap, par voie, âge, sexe et besoin de services de soutien aux personnes en situation de handicap.

En ce qui concerne l'âge, on constate que dans la voie 1, la proportion de personnes qui se sont identifiées comme ayant un handicap augmente dans les groupes d'âge plus avancés. Dans la voie 2, la plus grande proportion de personnes s'étant identifiées comme ayant un handicap se trouvait dans le groupe d'âge de 75 à 84 ans; la proportion diminue de nouveau chez les personnes âgées de 85 ans et plus.

En ce qui concerne le sexe, on constate que dans la voie 1, un peu plus d'hommes (50,8 %) que de femmes (49,2 %) se sont identifiés comme ayant un handicap. Cela représente un changement par rapport à 2023, où un peu plus de femmes (51,2 %) que d'hommes (48,8 %) ayant reçu l'AMM dans la voie 1 se sont identifiés comme ayant même avoir un handicap. Dans la voie 2, proportionnellement plus de femmes (55,6 %) que d'hommes (44,4 %) ont déclaré avoir un handicap, ce qui correspond étroitement aux données de 2023, ainsi qu'aux tendances en matière de handicap dans la population générale du Canada⁵³.

⁵³ Statistique Canada. « Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017 à 2022 ».

Santé Canada a également examiné la proportion de bénéficiaires de l'AMM ayant un handicap auto-déclaré que les praticiens ont jugé comme nécessitant des services de soutien aux personnes en situation de handicap. Les résultats montrent que la plupart des personnes ayant reçu l'AMM dans le cadre de la voie 1 (64,1 %) et la voie 2 (67,7 %) qui se sont identifiées comme ayant un handicap ont également été identifiées par les praticiens comme ayant besoin de services de soutien aux personnes en situation de handicap. Cet écart s'est réduit depuis 2023, alors que 68,4 % des bénéficiaires de l'AMM de la voie 1 s'étant identifiés comme ayant un handicap avaient été identifiés par les praticiens comme ayant besoin de services de soutien aux personnes en situation de handicap, comparativement à 75,7 % des bénéficiaires de l'AMM de la voie 2.

Tableau 4.4b : Répondants à la question sur le handicap auto-déclaré^a

Caractéristiques	Voie 1		Voie 2	
	Count	Percent (%)	Count	Percent (%)
Âge				
18–44	64	1,3	21	4,8
45–54	127	2,6	26	6,0
55–64	477	9,8	71	16,2
65–74	1107	22,8	101	23,1
75–84	1510	31,1	125	28,6
85 et plus	1572	32,4	93	21,3
Sexe				
Homme	2 466	50,8	194	44,4
Femme	2 390	49,2	243	55,6
Services de soutien aux personnes en situation de handicap requis				
Oui	3 114	64,1	296	67,7
Non	1 083	22,3	103	23,6
Inconnu	661	13,6	38	8,7

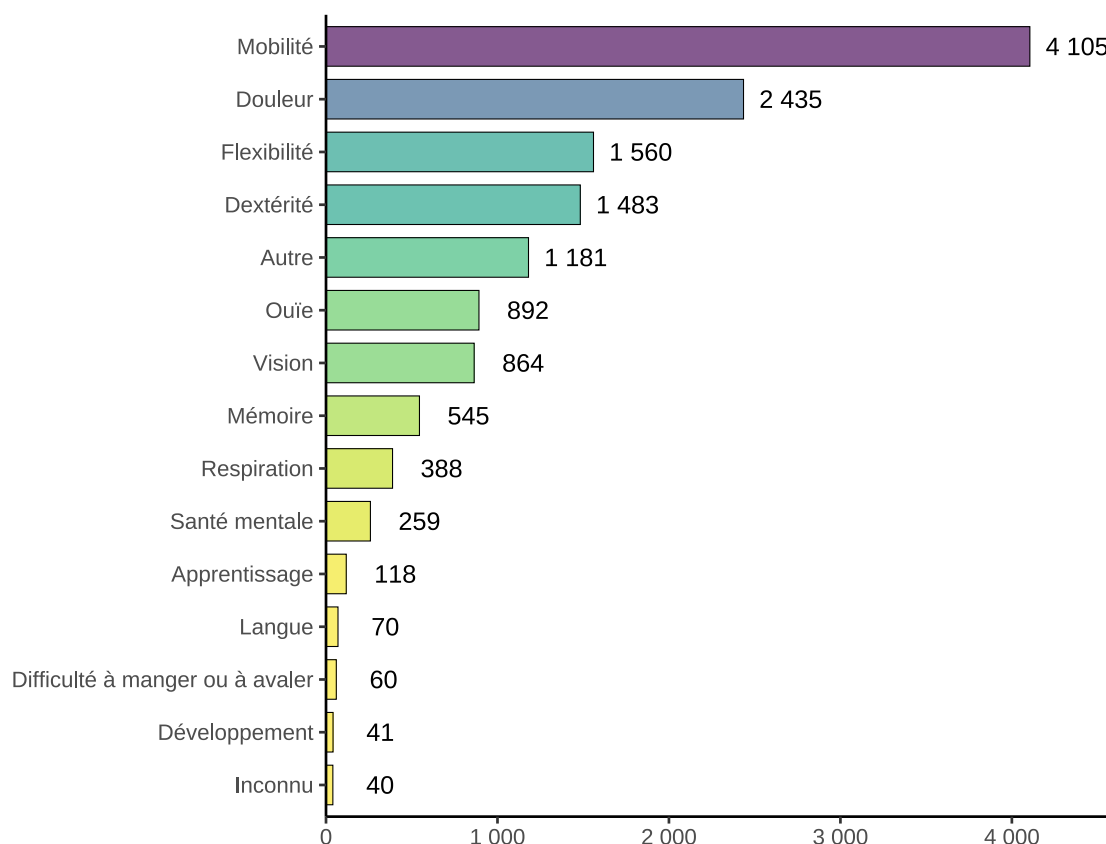
^a La définition utilisée dans les directives de Santé Canada est « une limitation fonctionnelle dans l'un des dix domaines suivants, **qui ne peut être corrigée par l'utilisation d'aides** : la vision, l'ouïe, la mobilité, la flexibilité, la dextérité, la douleur, l'apprentissage, le développement, la santé mentale ou la mémoire. »

Dans le cas où une personne demandant l'AMM indique qu'elle a un handicap, les praticiens sont invités à demander à la personne d'indiquer :

- Le type de handicap (ou les types de handicaps) qu'elle a
- Depuis combien de temps elle a son handicap
- À quelle fréquence son handicap limite ses activités quotidiennes

La **figure 4.4a** présente les types et la fréquence des handicaps déclarés chez les bénéficiaires de l'AMM qui s'identifiaient comme ayant un handicap. Les handicaps les plus fréquemment déclarés étaient la mobilité (déclarée par 4 105 personnes) et la douleur (déclarée par 2 435 personnes). Ces constatations sont semblables à celles déclarées pour 2023.

Figure 4.4a : Fréquence de déclaration de chaque type de handicap parmi les personnes ayant déclaré avoir un handicap

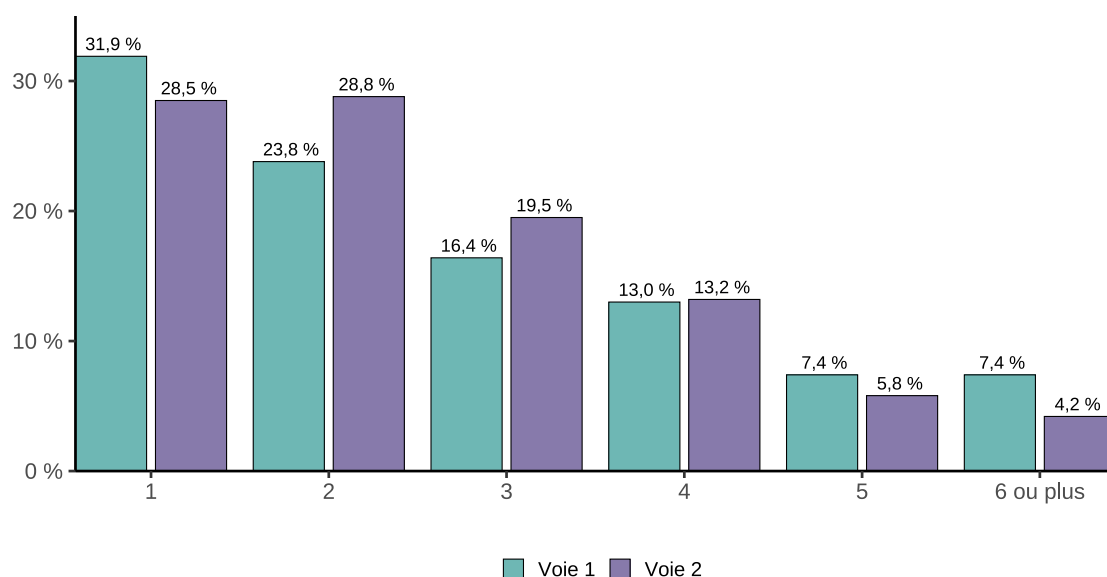


Note explicative :

- a. Plus d'une option pouvait être choisie. Les totaux dépasseront 100 %.

La **figure 4.4b** présente le nombre de handicaps auto-déclarés parmi les bénéficiaires de l'AMM qui se sont identifiés comme ayant un handicap, par voie. Comme le montre la figure, les personnes ayant reçu l'AMM dans le cadre de la voie 1 ont le plus souvent déclaré avoir un handicap, tandis que celles ayant reçu l'AMM dans le cadre de la voie 2 ont le plus souvent déclaré en avoir deux. Dans l'ensemble, environ les trois quarts des bénéficiaires de l'AMM qui se sont identifiés comme ayant un handicap ont déclaré avoir trois handicaps ou moins, tandis que le quart restant a déclaré en avoir quatre ou plus.

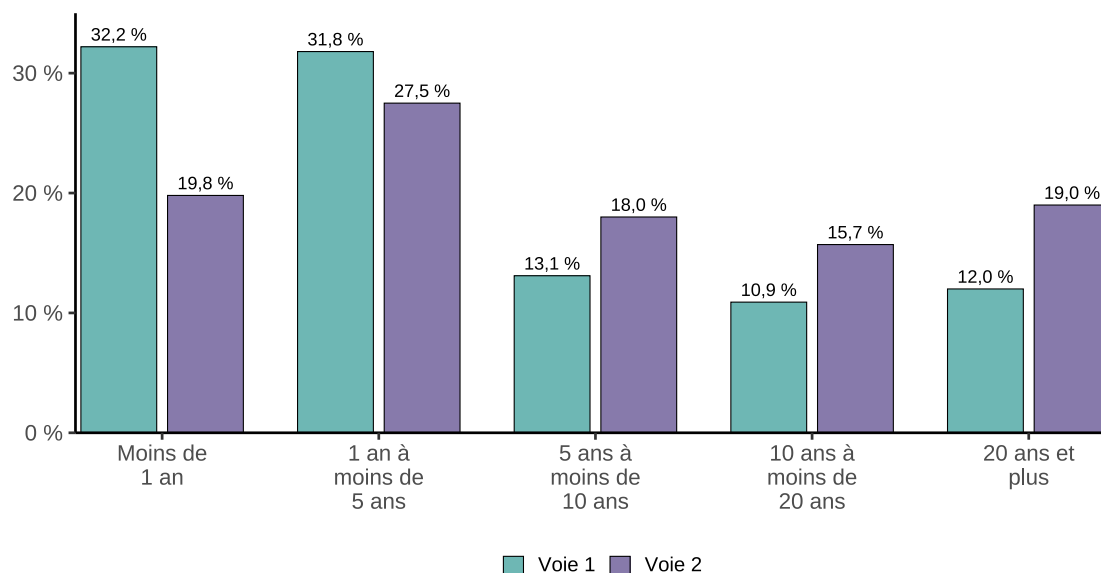
Figure 4.4b : Nombre de handicaps auto-déclarés parmi les bénéficiaires de l'AMM qui ont déclaré avoir un handicap, par voie



Les bénéficiaires de l'AMM de la voie 1 qui se sont identifiés comme ayant un handicap ont déclaré avoir eu leur handicap pendant une médiane de deux ans, tandis que les bénéficiaires de l'AMM de la voie 2 qui se sont identifiés comme ayant un handicap ont déclaré avoir eu leur handicap pendant une médiane de cinq ans. La **figure 4.4c** décrit la durée pendant laquelle les bénéficiaires de l'AMM ont déclaré avoir eu leur handicap, par voie.

Comme le montre la figure, les bénéficiaires de l'AMM de la voie 1 déclaraient le plus souvent avoir eu un handicap depuis moins d'un an (32,2 %), tandis que ceux de la voie 2 déclaraient le plus souvent avoir eu un handicap depuis un à cinq ans (27,5 %). Dans l'ensemble, les données démontrent que les bénéficiaires de l'AMM de la voie 2 déclaraient généralement avoir eu un handicap pendant une plus longue période que ceux de la voie 1, la proportion de bénéficiaires de l'AMM de la voie 2 ayant déclaré avoir eu un handicap depuis plus de 5 ans dépassant celle des bénéficiaires de l'AMM de la voie 1. Ces constatations concordent avec celles décrites à la **section 3.2**, où les bénéficiaires de l'AMM de la voie 2 ont déclaré avoir vécu avec leur problème de santé grave et incurable pendant une période plus longue que ceux de la voie 1.

Figure 4.4c : Durée du handicap autodéclaré par voie



Santé Canada a également calculé le temps moyen passé avec un handicap tout au long de l'espérance de vie chez les personnes qui se sont identifiées comme ayant un handicap, par voie. Cela a été fait en divisant le nombre déclaré d'années passées avec un handicap par l'âge au moment où l'AMM a été administrée. Les personnes recevant l'AMM dans le cadre de la voie 1 et qui se sont identifiées comme ayant un handicap avaient en moyenne un handicap pendant 2,8 % de leur espérance de vie. Ce même groupe de la voie 2 a été identifié comme ayant un handicap en moyenne 6,2 % de leur espérance de vie.

Lorsqu'on leur a demandé à quelle fréquence leur handicap limitait leurs activités quotidiennes, la grande majorité des bénéficiaires de l'AMM qui se sont identifiés comme ayant un handicap ont déclaré « toujours » (voie 1 : 82,9 % et voie 2 : 87,1 %) et une proportion plus faible des bénéficiaires ont déclaré « souvent » (voie 1 : 10,8 %; voie 2 : 8,7 %). De très faibles proportions ont déclaré « parfois », « rarement » ou « jamais » (personne qui a répondu à cette série de questions dans le cadre de la voie 2 n'a répondu « jamais »).

Le **tableau 4.4c** présente, par voie, les problèmes de santé déclarés par les personnes qui se sont identifiées comme ayant un handicap et celles qui ne l'ont pas fait. Dans la voie 1, les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés chez les personnes qui se sont identifiés comme ayant un handicap étaient le cancer (47,3 %) et les « autres » problèmes de santé (46,1 %). Lors de l'évaluation des personnes qui se sont identifiées comme ayant un handicap dans la voie 2, les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés étaient les « autres » problèmes de santé (56,1 %) et les troubles neurologiques (53,5 %).

Dans la voie 1, le pourcentage de personnes dans chaque catégorie de problème de santé qui se sont identifiées comme ayant un handicap différait grandement, dans bien des cas, de celles qui **ne se sont pas** identifiées ainsi. C'est particulièrement vrai chez les bénéficiaires de l'AMM de la voie 1 ayant d'« autres » problèmes de santé, des troubles neurologiques et un cancer : les bénéficiaires de l'AMM de la voie 1 ayant d'« autres » problèmes de santé et des troubles neurologiques, qui se sont identifiés comme ayant un handicap, étaient beaucoup plus nombreux que les bénéficiaires qui ne sont pas identifiés comme ayant un handicap, tandis que le pourcentage de bénéficiaires de l'AMM de la voie 1 atteints de cancer qui **ne se sont pas** identifiés comme ayant un handicap était beaucoup plus élevé que le pourcentage de ceux qui ne sont pas identifiés ainsi. Cette dernière constatation s'aligne sur les recherches sur les personnes atteintes de cancer qui, malgré des limitations souvent associées à leur maladie pouvant être classées comme un handicap, ne s'identifient souvent pas comme ayant un handicap⁵⁴. Cela souligne la subjectivité inhérente des variables d'auto-identification, particulièrement en ce qui concerne la façon dont le handicap est compris.

Inversement, dans la voie 2, le pourcentage de personnes ayant chaque problème de santé qui se sont identifiées comme ayant un handicap tend à être proche du pourcentage de personnes qui **ne se sont pas** identifiées comme ayant un handicap. La plus grande différence observée se trouvait dans la catégorie des « autres » problèmes de santé : 56,1 % de ces bénéficiaires de l'AMM de la voie 2 se sont identifiés comme ayant un handicap, tandis que 47,5 % ne se sont pas identifiés ainsi.

⁵⁴ Magasi, Susan, Hilary K. Marshall, Cassandra Winters, et David Victorson. « Cancer Survivors' Disability Experiences and Identities: A Qualitative Exploration to Advance Cancer Equity ». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, n° 5, 3112, 2022.

Tableau 4.4c : Problèmes de santé déclarés par les personnes s'étant identifiées comme ayant un handicap ou non, par voie

Problème de santé	Voie 1				Voie 2			
	Handicap		Pas de handicap		Handicap		Pas de handicap	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
Cancer	2 296	47,3	7 739	70,9	16	3,7	14	4,7
Autrea	2 240	46,1	2 286	21,0	245	56,1	140	47,5
Trouble neurologique	1 111	22,9	789	7,2	234	53,5	144	48,8
Trouble respiratoire	760	15,6	1 390	12,7	35	8,0	37	12,5
Trouble cardiovasculaire	1 178	24,2	1 527	14,0	65	14,9	29	9,8

^a Exemples d'« autres » problèmes de santé incluent la défaillance d'organe, le diabète, la fragilité, les maladies auto-immunes, la douleur chronique et les troubles mentaux.

4.5 Analyses socioéconomiques et communautaires

Pour ce sixième rapport annuel, Santé Canada a reproduit les analyses socio-économiques et communautaires réalisées dans le cinquième rapport annuel afin de mieux comprendre la situation des personnes recevant l'AMM. Ces analyses comparent les personnes ayant reçu l'AMM en 2024 dans le cadre des voies 1 et 2 à toutes les personnes au Canada décédées la même année⁵⁵ selon des mesures socio-économiques et communautaires différentes. Il est important de noter que les constatations présentées ci-dessous ne tiennent pas compte des circonstances particulières des personnes ayant reçu l'AMM. Elles offrent plutôt un aperçu, à un niveau général, des caractéristiques communautaires des bénéficiaires de l'AMM comparativement à toutes les personnes décédées de causes naturelles (groupe de référence).

⁵⁵ Les décès accidentels, les décès par suicide ou agression, ou tout décès dont la cause est inconnue sont exclus de ces analyses. Pour tous les détails sur cette variable, voir l'[annexe B](#).

Revenus

Premièrement, Santé Canada a relié les données sur les bénéficiaires de l'AMM à une mesure de revenu au niveau du quartier provenant de Statistique Canada (**Figure 4.5a**). Les première et deuxième barres représentent la répartition des bénéficiaires de l'AMM des voies 1 et 2 dans chaque quintile de revenu au niveau du quartier (numérotés de 1 à 5); la troisième barre représente la répartition de toutes les personnes décédées de causes naturelles au Canada dans chaque quintile de revenu.

La première ligne de la figure montre que le pourcentage de tous les Canadiens décédés dans le quintile de revenu le plus bas était de 27,1%. En comparaison :

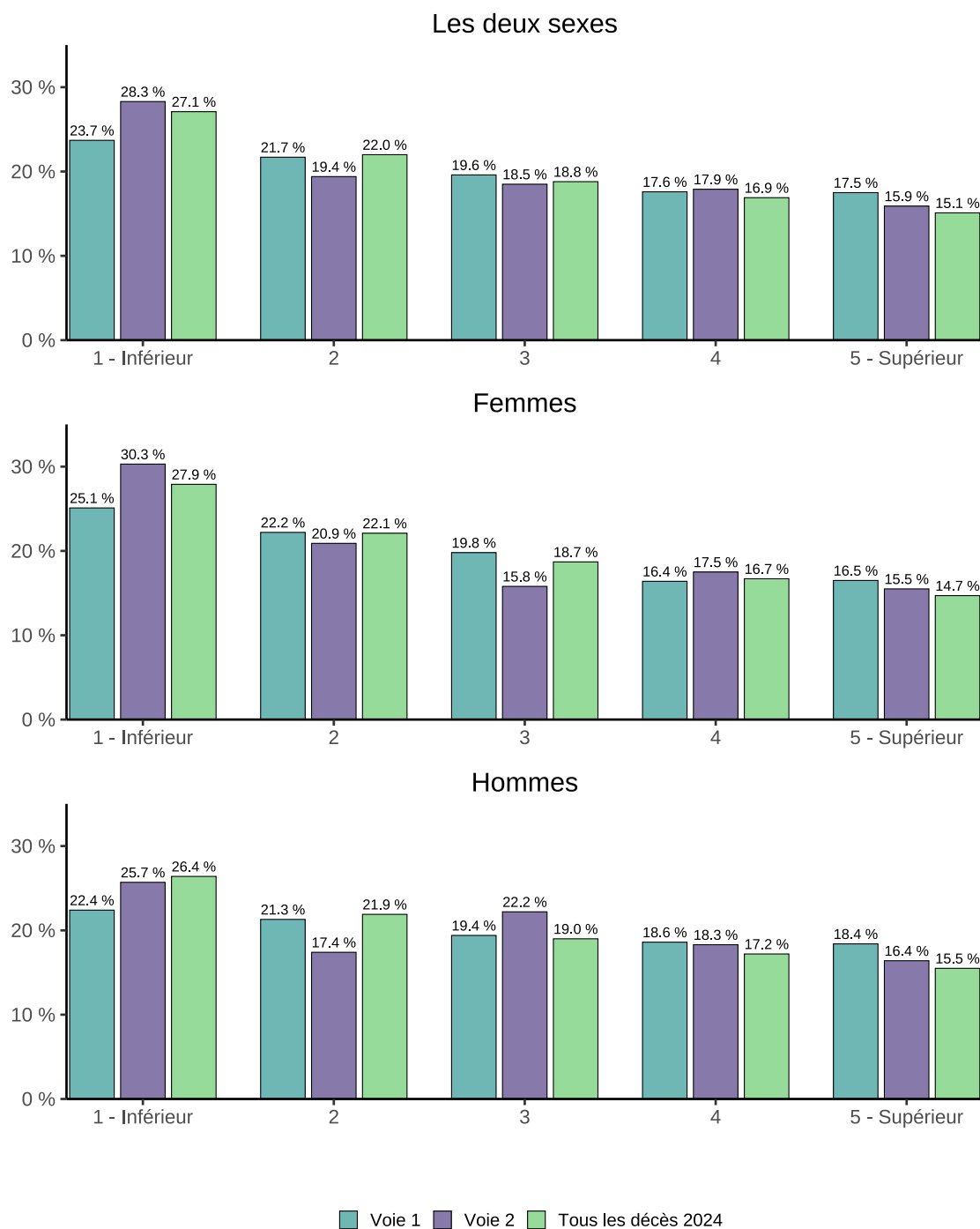
- Un pourcentage plus faible des bénéficiaires de l'AMM de la voie 1 (23,7%) se trouvaient dans ce quintile.
- Un pourcentage légèrement plus élevé de bénéficiaires de l'AMM de la voie 2 (28,3%) se trouvaient dans ce quintile.

La première ligne de la figure montre aussi que le pourcentage de tous les Canadiens décédés dans le quintile de revenu le plus élevé était de 15,1%. En comparaison, un pourcentage légèrement plus élevé des bénéficiaires de l'AMM de la voie 1 (17,5%) et de la voie 2 (15,9%) se trouvaient dans ce quintile.

Les deuxième et troisième lignes de la figure présentent les constatations ci-dessus, désagrégés par sexe. Les constatations suggèrent que les femmes recevant l'AMM étaient plus susceptibles de vivre dans des quartiers à faible revenu que les hommes recevant l'AMM. C'était le cas pour les voies 1 et 2. Les femmes du groupe de référence étaient également légèrement plus susceptibles que leurs homologues masculins de vivre dans des quartiers à faible revenu.

Dans l'ensemble, la figure montre que, dans chaque quintile de revenu, le pourcentage de personnes ayant reçu l'AMM dans le cadre des voies 1 et 2 en 2024 était similaire au pourcentage de toutes les personnes décédées au Canada en 2024. Cela suggère que ceux qui reçoivent l'AMM ne sont pas trop représentés dans les quartiers à faible revenu, et sont légèrement plus susceptibles d'être représentés dans les quartiers à revenu plus élevé. Ces constatations concordent avec celles présentées pour 2023 dans le Cinquième rapport annuel sur l'AMM.

Figure 4.5a : Quintiles de revenu des quartiers, par voie, par rapport à l'ensemble des décès de 2024 au Canada



Note explicative :

- a. « Tous les décès » n'inclut pas les décès accidentels, les décès par suicide ou agression, ni tout décès dont la cause est inconnue. Pour tous les détails sur cette variable, voir l'[annexe B](#).

Marginalisation des quartiers

Deuxièmement, Santé Canada a utilisé l'Indice canadien de défavorisation multiple (ICDM) de Statistique Canada⁵⁶ pour fournir un éclairage supplémentaire sur les circonstances socio-économiques des bénéficiaires de l'AMM en quantifiant la marginalisation des quartiers. Santé Canada a utilisé les trois dimensions suivantes de la privation multiple dans cette analyse : (1) *instabilité résidentielle*, (2) *dépendance économique* et (3) *vulnérabilité situationnelle*. Dans chaque dimension, les scores se voient attribuer une valeur quintile de 1 à 5, ce qui représente respectivement le moins ou le plus défavorisé. La composition des indicateurs dans chaque dimension varie aux niveaux national et régional, et ne doit pas être directement comparée à d'autres études qui auraient pu être menées avec des mesures différentes.

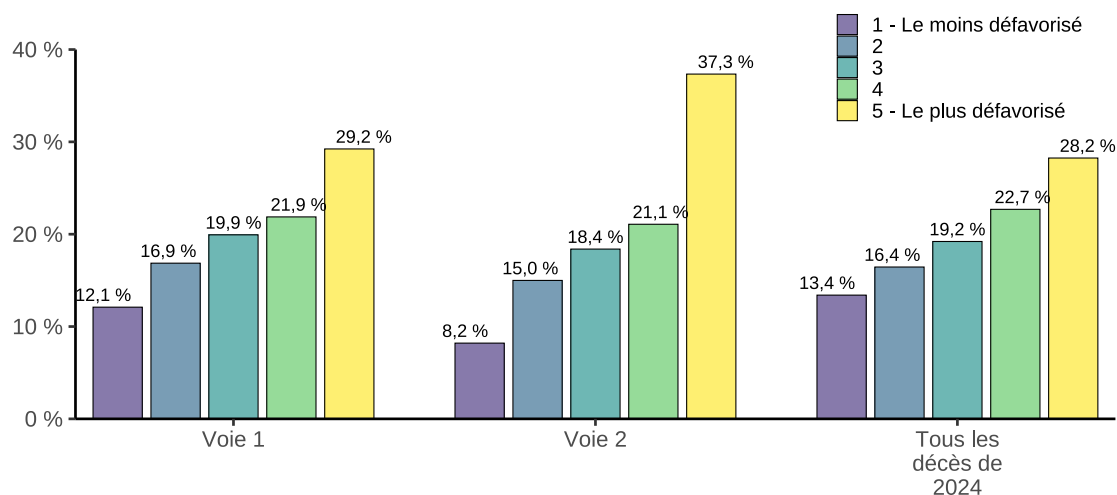
La mesure de l'**instabilité résidentielle** témoigne de la tendance des résidents du quartier à changer au fil du temps, en tenant compte à la fois des types de logement et de famille. Les indicateurs d'instabilité résidentielle incluent le revenu médian des ménages en 2021 ainsi que la proportion:

- des habitations qui sont des immeubles à appartements
- des habitations avec propriétaires
- des personnes vivant seules
- des déménagements au cours des 5 dernières années
- de la population mariée ou en union de fait

Comme l'an dernier, les constatations indiquent que les bénéficiaires de l'AMM de la voie 2 étaient plus susceptibles de vivre dans des quartiers caractérisés par l'instabilité résidentielle : 37,3 % vivaient dans ces quartiers, comparativement à un peu moins de 30 % des bénéficiaires de l'AMM de la voie 1 et des personnes du groupe de référence (**Figure 4.5b**). Cela est cohérent avec d'autres constatations présentées plus tard à la **section 5.3**, montrant que les bénéficiaires de l'AMM de la voie 2 étaient plus susceptibles de vivre seuls (41,7 %) comparativement aux bénéficiaires de l'AMM de la voie 1 (32,5 %) ou de vivre dans un établissement de soins résidentiels (14,0 %) que les bénéficiaires de l'AMM de la voie 1 (4,4 %).

⁵⁶ Statistique Canada. « L'Indice canadien de défavorisation multiple : Guide de l'utilisateur, 2021 ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada, 2024. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-20-0001/452000012023002-fra.htm>

Figure 4.5b : Quintiles de marginalisation des quartiers pour l'instabilité résidentielle, par voie, par rapport à l'ensemble des décès de 2024 au Canada



Note explicative :

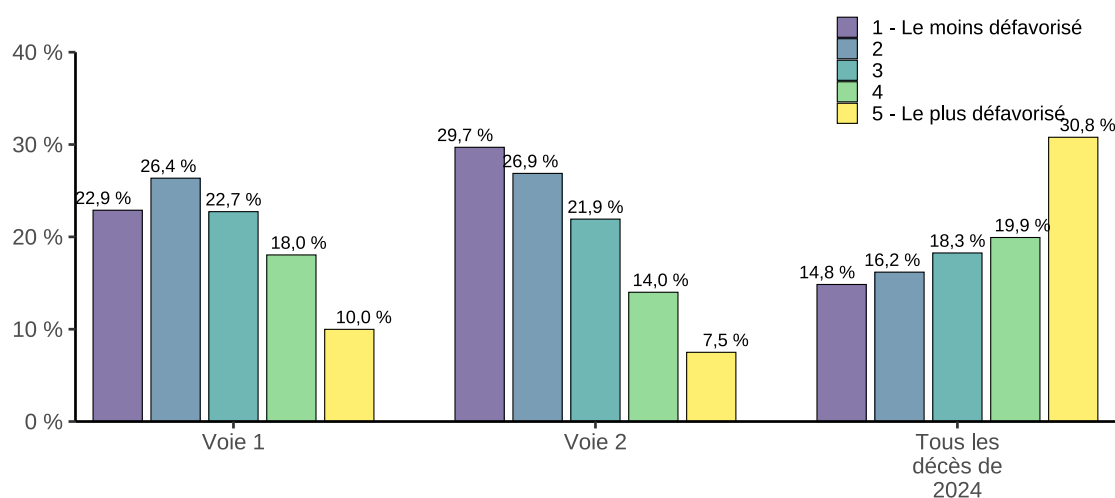
- a. « Tous les décès » n'inclut pas les décès accidentels, les décès par suicide ou agression, ni tout décès dont la cause est inconnue. Pour tous les détails sur cette variable, voir l'[annexe B](#).

La mesure de la **dépendance économique** concerne la dépendance à l'égard des sources de revenu autres que le revenu d'emploi. Les indicateurs de dépendance économique incluent la proportion de la population qui:

- âgée de 65 ans et plus
- ne participe pas au marché du travail
- reçoit des paiements de transfert gouvernementaux (comme une pension de retraite ou des prestations d'invalidité)

Comme l'an dernier, les constatations indiquent que, selon cette mesure, les personnes ayant reçu l'AMM dans le cadre des deux voies avaient tendance à vivre dans des quartiers moins défavorisés que le groupe de référence (**Figure 4.5c**).

Figure 4.5c : Quintiles de marginalisation des quartiers pour la dépendance économique, par voie, par rapport à l'ensemble des décès de 2024 au Canada



Note explicative :

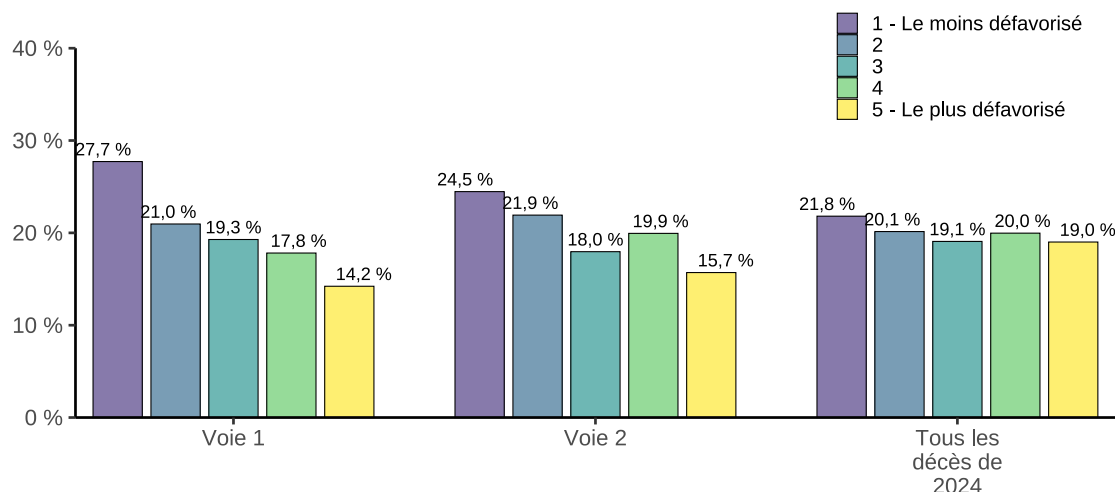
a. « Tous les décès » n'inclut pas les décès accidentels, les décès par suicide ou agression, ni tout décès dont la cause est inconnue. Pour tous les détails sur cette variable, voir l'[annexe B](#).

La mesure de la **vulnérabilité situationnelle** reflète les variations des conditions sociodémographiques dans les domaines du logement et de l'éducation. Les indicateurs de vulnérabilité situationnelle incluent la valeur médiane des logements dans les quartiers ainsi que la proportion :

- de la population âgée de 25 à 64 ans sans diplôme d'études secondaires
- des habitations nécessitant des réparations majeures

Comme l'an dernier, les constatations indiquent que les bénéficiaires de l'AMM dans les deux voies vivaient dans des quartiers comparables à ceux du groupe de référence, selon cette mesure. Une proportion légèrement plus élevée des bénéficiaires de l'AMM dans les voies 1 et 2 vivaient dans les quartiers les moins défavorisés comparativement au groupe de référence (**Figure 4.5d**).

Figure 4.5d : Quintiles de marginalisation des quartiers pour la vulnérabilité situationnelle, par voie, par rapport à l'ensemble des décès de 2024 au Canada



Note explicative :

- a. « Tous les décès » n'inclut pas les décès accidentels, les décès par suicide ou agression, ni tout décès dont la cause est inconnue. Pour tous les détails sur cette variable, voir l'**annexe B**.

Zones mal desservies et éloignées

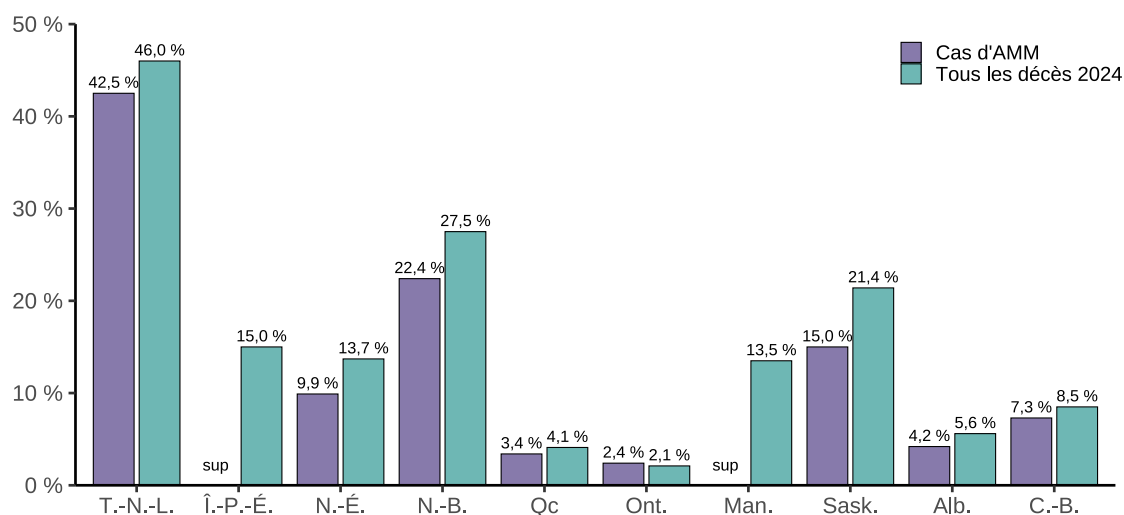
Certains ont exprimé des inquiétudes quant au fait que les personnes vivant dans une communauté mal desservie (comme une communauté rurale ou éloignée) pourraient être plus susceptibles de demander l'AMM en raison du manque d'accès aux services de santé et sociaux⁵⁷. En même temps, l'accès à l'AMM dans une communauté mal desservie peut être difficile en raison du manque de praticiens de l'AMM, surtout lorsque des évaluations spécialisées sont requises.

⁵⁷ Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir. « L'aide médicale à mourir au Canada : les choix pour les Canadiens ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada, 2023. <https://www.parl.ca/Content/Committee/441/AMAD/Reports/RP12234766/amadrp02/amadrp02-f.pdf>

Pour évaluer comment le fait de vivre en milieu rural ou éloigné pourrait toucher l'administration de l'AMM, Santé Canada a comparé les bénéficiaires de l'AMM à toutes les personnes décédées de causes naturelles⁵⁸ (le groupe de référence) en utilisant l'Indice de l'éloignement de Statistique Canada afin d'obtenir un aperçu de l'accessibilité des services de santé et des services de soutien qui favorisent la santé. L'Indice de l'éloignement calcule le temps et le coût de trajet vers les services et les centres de population pour chaque subdivision du recensement⁵⁹. L'emplacement de la personne recevant l'AMM est déterminé en fonction du code postal associé à sa carte d'assurance-maladie provinciale ou territoriale.

Les constatations sont présentées à la **figure 4.5e**. En comparant l'accessibilité aux services des bénéficiaires de l'AMM dans différentes provinces à celle du groupe de référence, on constate que les personnes ayant reçu l'AMM étaient généralement moins susceptibles de vivre dans des régions éloignées. L'exception est l'Ontario, où les bénéficiaires de l'AMM étaient légèrement plus susceptibles de vivre dans des régions éloignées (2,4 % contre 2,1 %). Cependant, étant donné le très faible pourcentage de personnes des deux groupes vivant dans des régions éloignées de cette province, il n'est pas possible de tirer des conclusions significatives de cette constatation. Dans l'ensemble, les constatations laissent supposer que les bénéficiaires de l'AMM ne cherchent pas nécessairement à recevoir l'AMM en raison d'un emplacement éloigné et d'un manque d'accès aux services de santé ou aux services de soutien qui favorisent la santé. Elles peuvent aussi refléter les difficultés d'accès à l'AMM dans des régions éloignées.

Figure 4.5e : Pourcentage de bénéficiaires de l'AMM qui vivaient dans des régions éloignées, par province, par rapport à tous les décès en 2024



Notes explicatives :

- Dans son cinquième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir, Santé Canada a utilisé la population globale du Canada comme groupe comparatif, plutôt que tous les défunts, pour cette analyse. Ainsi, les constatations de 2024 ne sont pas directement comparables à ceux de 2023.
- « Tous les décès » n'inclut pas les décès accidentels, les décès par suicide ou agression, ni tout décès dont la cause est inconnue. Pour tous les détails sur cette variable, voir l'**annexe B**.

⁵⁸ Les décès accidentels, les décès par suicide ou agression, ou tout décès dont la cause est inconnue ont été exclus de cette analyse. Pour tous les détails sur cette variable, voir l'**annexe B**.

⁵⁹ Statistique Canada. « Indice d'éloignement ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada, 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/17-26-0001/172600012020001-fra.htm>

5. Services sociaux et utilisation des services de santé

5.1 Services de soins palliatifs

Le **tableau 5.1a** présente les besoins, ainsi que la durée et l'accessibilité des services de soins palliatifs chez les personnes ayant reçu l'AMM. Conformément aux constatations des années précédentes, les praticiens de l'AMM ont indiqué que la majorité des bénéficiaires de l'AMM en 2024 (74,1 %) avaient eu accès aux soins palliatifs. La plupart des personnes ayant reçu l'AMM dans le cadre de la voie 1 ont reçu des soins palliatifs (76,4 %, soit n=12 051), tandis qu'une proportion beaucoup plus faible de personnes ayant reçu l'AMM dans le cadre de la voie 2 ont reçu ces services (23,2 %, soit n=170). Comme il est indiqué dans le tableau, le plus grand groupe était composé de ceux qui ont reçu des soins palliatifs pendant une période d'un mois ou plus. Dans 14 cas (0,1 %), des soins palliatifs étaient nécessaires mais n'étaient pas accessibles à la personne. Les données dans le tableau ne sont pas présentées par voie en raison du nombre très faible de cellules sous la voie 2, ce qui les rend non déclarables.

Tableau 5.1a : Besoin, durée et accessibilité des services de soins palliatifs parmi les bénéficiaires de l'AMM

Besoin et réception des services de soins palliatifs	Nombre de personnes	Pourcentage de tous les cas d'AMM (%)	Durée ou accessibilité des soins palliatifs	Nombre de personnes	Pourcentage de tous les cas d'AMM (%)
Requis et reçus	12 221	74,1	Durée des soins palliatifs pour les personnes qui les ont reçus		
			Moins d'un mois	5 370	32,5
			Un mois ou plus	6 175	37,4
			Durée inconnue	676	4,1
Requis, mais pas reçus	410	2,5	Accessibilité des soins palliatifs pour ceux qui ne les ont pas reçus		
			Les soins étaient accessibles	374	2,3
			Les soins n'étaient pas accessibles	14	0,1
			On ne sait pas si les soins étaient accessibles	22	0,1
Autre	3 868	23,4	On ne sait pas si les services étaient nécessaires	327	2,0
			N'a pas eu besoin de soins	3 442	20,9
			Requis, inconnu si reçu	99	0,6
Total	16 499	100,0	NA	16 499	100,0

Les informations sur le besoin et la prestation des services de soins palliatifs par province et territoire sont présentées dans le [tableau C.6](#) (Annexe C).

Le **tableau 5.1b** compare la proportion de bénéficiaires de l'AMM ayant nécessité et reçu des soins palliatifs, par problème de santé. Le problème de santé avec la plus forte proportion de personnes ayant reçu des soins palliatifs était le cancer (87,3 %), suivi des troubles respiratoires (70,6 %) et des troubles cardiovasculaires (62,1 %). Ces constatations ne sont pas surprenantes, étant donné que les soins palliatifs ont été mis au point, à l'origine, comme une spécialité médicale desservant les patients atteints de cancer. Bien qu'on comprenne maintenant qu'une approche palliative des soins peut profiter aux personnes vivant avec une maladie limitant l'espérance de vie, ainsi qu'à leurs familles, les patients canadiens atteints de cancer ont généralement un meilleur accès aux soins palliatifs que ceux ayant d'autres problèmes de santé⁶⁰.

Tableau 5.1b : Soins palliatifs requis et reçus, par problème de santé

Besoin et réception des services de soins palliatifs	Cancer		Trouble neurologique		Trouble respiratoire		Trouble cardiovasculaire		Autre ^a	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
Requis et reçus	8 786	87,3	998	43,8	1569	70,6	1739	62,1	3 316	60,5
Requis, mais pas reçus, les soins étaient accessibles	192	1,9	66	2,9	45	2,0	90	3,2	187	3,4
Requis, mais pas reçus, les soins n'étaient pas accessibles	7	0,1	X ^b	X	X	X	X	X	6	0,1
Requis, mais pas reçus, on ne sait pas si les soins étaient accessibles	7	0,1	X	X	X	X	9	0,3	14	0,3
Requis, inconnu si reçu	65	0,6	12	0,5	11	0,5	16	0,6	35	0,6
Pas requis	890	8,8	1122	49,3	526	23,7	856	30,6	1750	31,9
On ne sait pas si les services étaient nécessaires	118	1,2	74	3,2	65	2,9	88	3,1	171	3,1
Total	10 065	100,0	2 278	100,0	2 222	100,0	2 799	100,0	5 479	100,0

^a Défaillance d'organe a été ajoutée à la catégorie des « autres » problèmes de santé. Voir l'**annexe B** pour plus d'informations.

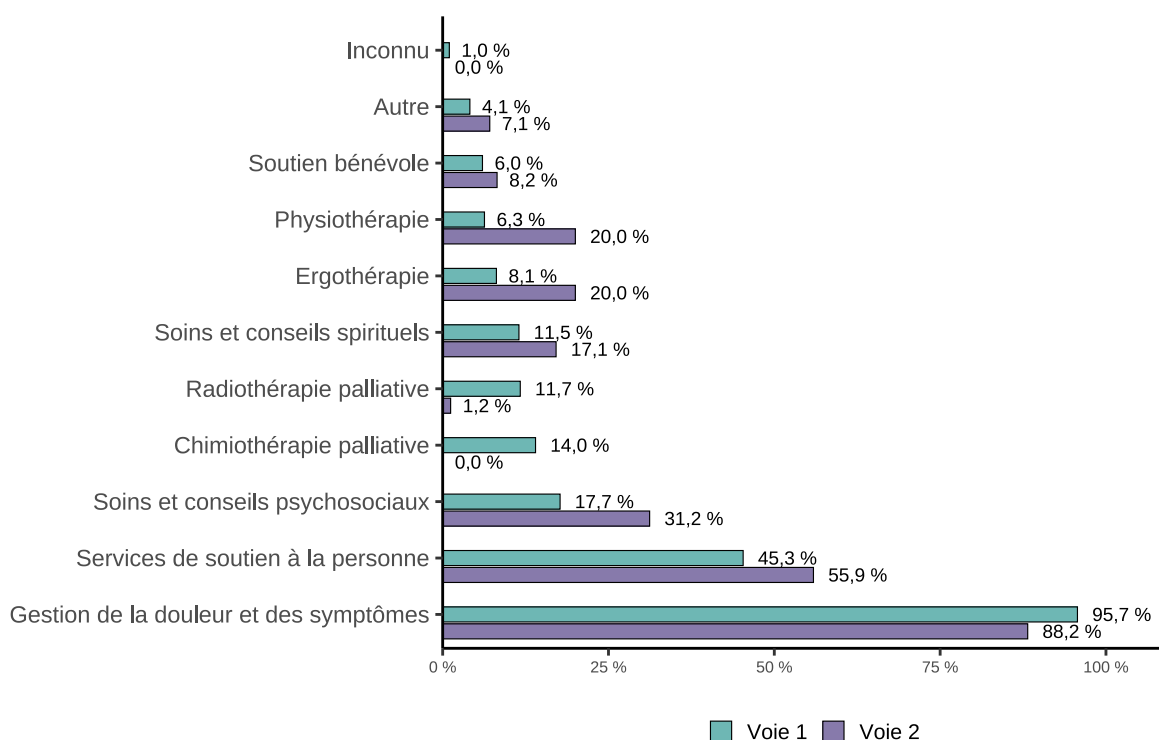
^b « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.

⁶⁰ Institut canadien d'information sur la santé. « Accès aux soins palliatifs au Canada ». Ottawa (Ont.), 2023. <https://www.cihi.ca/fr/acces-aux-soins-palliatifs-au-canada>

La **figure 5.1a** présente les types de soutien en soins palliatifs reçus par voie. Parmi les bénéficiaires de l'AMM des voies 1 et 2 ayant reçu des soutiens palliatifs, les types les plus courants reçus étaient la gestion de la douleur et des symptômes (voie 1 : 95,7 %; voie 2 : 88,2 %) et les services de soutien personnel (voie 1 : 45,3 %; voie 2 : 55,9 %). Il existe des variations notables entre la proportion de bénéficiaires de l'AMM des voies 1 et 2 qui ont reçu des soutiens en soins palliatifs différents. Par exemple :

- La proportion de bénéficiaires de l'AMM de la voie 2 ayant reçu des soins psychosociaux et/ou du counseling, ainsi que des services de physiothérapie et d'ergothérapie, était beaucoup plus élevée que celle des bénéficiaires de l'AMM de la voie 1.
- La proportion de bénéficiaires de l'AMM de la voie 1 ayant reçu des services de chimiothérapie palliative et de radiothérapie palliative était beaucoup plus élevée que celle des bénéficiaires de l'AMM de la voie 2.

Figure 5.1a : Type de services de soins palliatifs reçus, par voie



Note explicative :

- a. Plus d'une option pouvait être choisie. Les totaux dépasseront 100 %.

5.2 Services de soutien aux personnes en situation de handicap

Le **tableau 5.2a** décrit les besoins, ainsi que la durée et l'accessibilité⁶¹ des services de soutien aux personnes en situation de handicap chez les personnes ayant reçu l'AMM. Près d'un tiers (32,5 %) des personnes ayant reçu l'AMM ont été identifiées par le praticien comme ayant nécessité et reçu des services de soutien aux personnes en situation de handicap. Parmi les 5 359 personnes ayant reçu des services de soutien aux personnes en situation de handicap, 5 025 ont été évaluées en vertu de la voie 1 et 334 en vertu de la voie 2. Ces chiffres représentent respectivement 32,0 % des personnes ayant reçu l'AMM dans le cadre de la voie 1 et 45,5 % des personnes ayant reçu l'AMM dans le cadre de la voie 2. Comme il est indiqué dans le tableau, le plus grand groupe comprenait ceux qui ont reçu des services de soutien aux personnes en situation de handicap pendant moins d'un an. Dans moins de cinq cas, des services de soutien aux personnes en situation de handicap étaient disponibles, mais ils ne leur étaient pas accessibles. Les données dans le tableau ne sont pas présentées par voie, en raison des faibles nombres dans plusieurs cellules de la voie 2 qui nécessiteraient une suppression.

⁶¹ Dans ce contexte, « l'accessibilité » fait référence au fait que les services étaient disponibles pour la personne et qu'elle pouvait y accéder.

Tableau 5.2a : Besoin, durée et accessibilité des services de soutien aux personnes en situation de handicap parmi les bénéficiaires de l'AMM

Besoin et réception de services de soutien aux personnes en situation de handicap	Nombre de personnes	Pourcentage de tous les cas d'AMM (%)	Durée ou accessibilité des soins palliatifs	Nombre de personnes	Pourcentage de tous les cas d'AMM (%)
Requis et reçus	5 359	32,5	Durée des soins palliatifs pour ceux qui les ont reçus		
			Moins d'un an	2 683	16,3
			Un an ou plus	1 838	11,1
			Durée inconnue	838	5,1
Requis, mais pas reçus	163	0,1	Accessibilité des soins palliatifs pour les personnes qui ne les ont pas reçus		
			Les soins étaient accessibles	149	0,9
			Les soins n'étaient pas accessibles	X ^a	X
			On ne sait pas si les soins étaient accessibles	X	X
Autre	10 977	66,5	On ne sait pas si les services étaient nécessaires	2 802	17,0
			N'a pas eu besoin de soins	7 936	48,1
			Requis, inconnu si reçu	239	1,5
Total	16 499	100,0	NA	16 499	100,0

^a « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.

Il existe une variation importante partout au Canada dans la proportion de bénéficiaires de l'AMM déclarés avoir requis et reçu des services de soutien aux personnes en situation de handicap. L'information sur le besoin et la prestation de services de soutien aux personnes en situation de handicap par province et territoire est présentée dans le [tableau C.7](#) (Annexe C). Comme il est indiqué précédemment à la [section 4.4](#), la complétude (informations manquantes) sur les questions d'auto-identification liées au handicap variait à l'échelle du pays, tout comme les taux auxquels les personnes recevant l'AMM s'identifiaient comme ayant un handicap.

Le **tableau 5.2b** détaille davantage les données ci-dessus par problème de santé. Comme il est indiqué dans le tableau, les personnes atteintes de troubles neurologiques et « autres » problèmes de santé étaient les plus susceptibles d'avoir reçu des services de soutien aux personnes en situation de handicap, tandis que les personnes atteintes de cancer étaient les plus susceptibles de ne pas avoir besoin de services de soutien aux personnes en situation de handicap. Étant donné le nombre relativement faible de cas où des services de soutien aux personnes en situation de handicap étaient disponibles mais inaccessibles, il n'est pas possible de diviser ce nombre par problème de santé sans compromettre la confidentialité.

Tableau 5.2b : Services de soutien aux personnes en situation de handicap requis et/ou reçus en raison d'un problème de santé

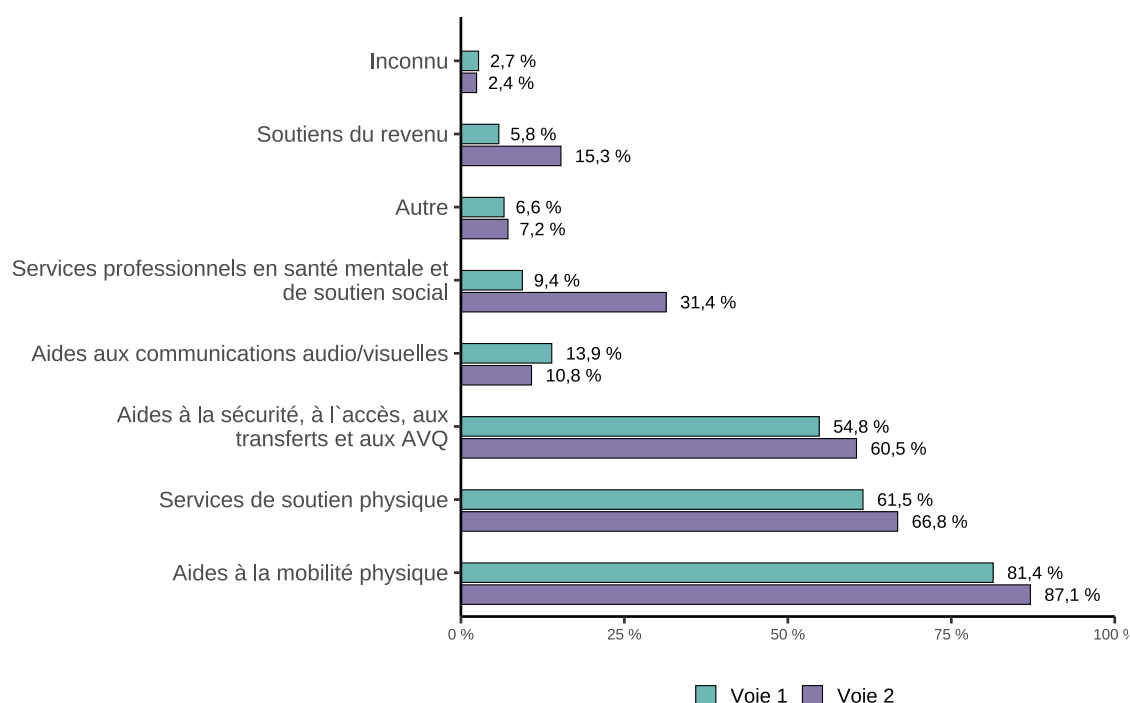
Besoin et réception de services de soutien aux personnes en situation de handicap	Cancer		Trouble neurologique		Trouble respiratoire		Trouble cardiovasculaire		Autre ^a	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
Requis et reçus	2 511	24,9	1 233	54,1	852	38,3	1 244	44,4	2 550	46,5
Requis, mais pas reçus, les soins étaient accessibles	X ^b	X	26	1,1	X	X	X	X	X	X
Requis, mais pas reçus, les soins n'étaient pas accessibles	0	0,0	X	X	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Requis, mais pas reçus, on ignore si les soins étaient accessibles	X	X	X	X	X	X	X	X	7	0,1
Requis, on ignore si les soins ont été reçus	140	1,4	40	1,8	38	1,7	42	1,5	77	1,4
Pas requis	5 551	55,2	664	29,1	906	40,8	1 038	37,1	1 935	35,3
On ne sait pas si les services étaient nécessaires	1 772	17,6	310	13,6	408	18,4	446	15,9	841	15,3
Total	10 065	100,0	2 278	100,0	2 222	100,0	2 799	100,0	5 479	100,0

^a Défaillance d'organe a été ajoutée à la catégorie des « autres » problèmes de santé. Voir l'**annexe B** pour plus d'informations.

^b « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.

La **figure 5.2a** présente les types de services de soutien aux personnes en situation de handicap reçus, par voie. Parmi les bénéficiaires de l'AMM des voies 1 et 2 qui ont reçu des services de soutien aux personnes en situation de handicap, le type le plus courant reçu était des aides pour soutenir la mobilité physique, des services de soutien physique, des services de soutien physique et des aides pour soutenir la sécurité/l'accès/les transferts/activités de la vie quotidienne. Étant donné que les personnes ayant reçu l'AMM dans le cadre de la voie 2 étaient plus susceptibles de déclarer avoir reçu des services de soutien aux personnes en situation de handicap, le pourcentage de bénéficiaires de l'AMM de la voie 2 recevant chaque type de soutien tend à être plus élevé que celui des bénéficiaires de l'AMM de la voie 1. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne la réception de services professionnels en santé mentale ou de soutien social : les bénéficiaires de l'AMM de la voie 2 étaient plus de trois fois plus susceptibles d'avoir reçu ces services que ceux de la voie 1.

Figure 5.2a : Type de services de soutien aux personnes en situation de handicap reçus, par voie



Notes explicatives :

- Plus d'une option pouvait être choisie. Les totaux dépasseront 100 %.
- Les « services professionnels de soutien en santé mentale/sociale » incluent des services de professionnels tels que les travailleurs sociaux, les psychothérapeutes, les conseillers et les gestionnaires de cas.
- Les « AVQ » désignent les activités de la vie quotidienne.
- Les « services de soutien physique » incluent des services de professionnels, tels que des préposés aux services de soutien à la personne, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des infirmières.

5.3 Lieu de résidence et modalités de vie

Des informations sur le « lieu de résidence habituel » et « les modalités de vie » sont recueillies afin de mieux comprendre la disponibilité de services de soutien ou le risque d'isolement social, ce qui peut avoir des implications profondes sur la santé physique et mentale, la qualité de vie et la longévité d'une personne. Les renseignements relatifs aux « modalités de vie » d'une personne ne sont recherchés que dans les cas où la personne a indiqué son lieu de résidence habituel comme étant une résidence privée⁶².

Le **tableau 5.3a** présente le lieu de résidence et les modalités de vie des bénéficiaires de l'AMM en pourcentage, par voie. Comme il est indiqué dans le tableau, la plupart des bénéficiaires de l'AMM ont déclaré vivre dans une résidence privée, soit en famille, avec d'autres personnes non apparentées ou seuls. Le pourcentage de personnes recevant l'AMM dans le cadre de la voie 1 vivant en famille (49,3 %) était plus élevé que le pourcentage de personnes vivant seules (32,5 %). Pour ceux qui reçoivent l'AMM dans le cadre de la voie 2, cependant, le pourcentage de personnes vivant seules (41,7 %) était plus élevé que le pourcentage de personnes vivant en famille (30,6 %). Ces constatations sont semblables à celles observées pour 2023. Une plus grande proportion des bénéficiaires de l'AMM de la voie 2 vivaient dans des établissements de soins résidentiels (14,0 %) comparativement aux bénéficiaires de l'AMM de la voie 1 (4,4 %), tandis qu'une plus grande proportion des bénéficiaires de l'AMM de la voie 1 vivaient dans des établissements de soins palliatifs (3,8 %) comparativement aux bénéficiaires de l'AMM de la voie 2 (1,3 %). Une répartition du lieu de résidence par province et territoire est fournie dans le **tableau C.8** (Annexe C).

⁶² Santé Canada. « Document d'orientation technique : Exigences en matière d'établissement de rapports en vertu du Règlement modifiant le Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir ».

Tableau 5.3a : Lieu de résidence des bénéficiaires de l'AMM et leurs modalités de vie par voie, en pourcentage dans chaque voie

Lieu de résidence	Modalités de vie des personnes vivant dans des résidences privées	Voie 1		Voie 2	
		Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
Résidence privée ^a	Vivent seules	5 007	32,5	296	41,7
	Vivent en famille (partenaire, enfants, parents)	7 594	49,3	217	30,6
	Vivent avec des personnes non apparentées	251	1,6	24	3,4
	Vivent avec des proches ^b	400	2,6	22	3,1
	Résidence privée – autres	38	0,2	X ^c	X
	Inconnu	334	2,2	17	2,4
Établissement de soins résidentiels ^d	NA	678	4,4	98	14,0
Établissement de soins palliatifs ^e	NA	578	3,8	9	1,3
Établissement ^f	NA	345	2,2	16	2,3
Autre	NA	22	0,1	6	0,8
Inconnu ^c	NA	161	1,0	X	X
Total		15 408	100,0	709	100,0

^a Inclut les maisons de retraite

^b Inclut des relations autres que le partenaire, les enfants ou les parents

^c « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.

^d Inclut les établissements de soins de longue durée

^e Comprend les lits/unités de soins palliatifs en milieu hospitalier et les maisons de soins palliatifs

^f Comprend les hôpitaux, les établissements correctionnels/prisons ainsi que les refuges/foyers de groupe; exclut les lits/unités de soins palliatifs

5.4 Moyens pour soulager la souffrance

Pour tous les cas d'AMM de la voie 2, la loi exige que le praticien s'assure « que la personne a été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment, lorsque cela est indiqué, les services de consultation psychologique, les services de soutien en santé mentale, les services de soutien aux personnes en situation de handicap, les services communautaires et les soins palliatifs et qu'il lui a été offert de consulter les professionnels compétents qui fournissent de tels services ou soins ». En 2024, les moyens les plus courants qui ont été offerts et discutés étaient la pharmacologie (n=597), suivis par les services de soins de santé, y compris les soins palliatifs (n=415) et les services autres que la pharmacologie (n=310).

Pour que les personnes évaluées en vertu de la voie 2 soient jugées admissibles à l'AMM, un praticien doit être convaincu que la personne a pris sérieusement en considération les moyens raisonnablement disponibles pour soulager ses souffrances. Le **tableau 5.4a** décrit les façons dont les praticiens ont déclaré avoir formé cette opinion, les réponses les plus courantes étant la consultation de la personne, l'examen de son dossier médical et la consultation de sa famille et/ou de ses amis. Dans la grande majorité des cas d'AMM, les praticiens ont sélectionné plusieurs sources d'information qui les ont aidés à former l'opinion que la personne avait sérieusement envisagé des moyens raisonnablement disponibles pour soulager sa souffrance : 70,2 % ont choisi entre deux et quatre sources, 18,6 % cinq sources ou plus, et 11,2 % une seule.

Tableau 5.4a: Façon dont les praticiens ont formé l'opinion que la personne avait examiné sérieusement les moyens de soulager ses souffrances

Façon dont les praticiens ont formé l'opinion que la personne avait examiné sérieusement les moyens de soulager ses souffrances	Voie 2	
	Nombre	Pourcent (%)
Consultation de la personne	719	98,2
Consultation de la famille/des amis	459	62,7
Consultation des professionnels de la santé	420	57,4
A accepté/tenté plusieurs traitements adaptés au problème de santé	405	55,3
Examen des dossiers médicaux	508	69,4
Était réceptif aux discussions sur les moyens disponibles pour soulager la souffrance	364	49,7
Connaissance préalable de la personne	154	21,0
Autre	17	2,3
Total	732	—^a

^a Plus d'une option pouvait être sélectionnée. Les totaux dépasseront 100 %.

6. Évaluation et administration de l'AMM

6.1 Praticiens de l'AMM

Il y avait 2 266 praticiens uniques de l'AMM en 2024, dont la majorité (93,2 %) étaient des médecins, tandis que 6,8 % étaient des infirmiers praticiens. Une répartition des praticiens et des cas, par province et territoire, est présentée au [tableau C.9](#) (Annexe C).

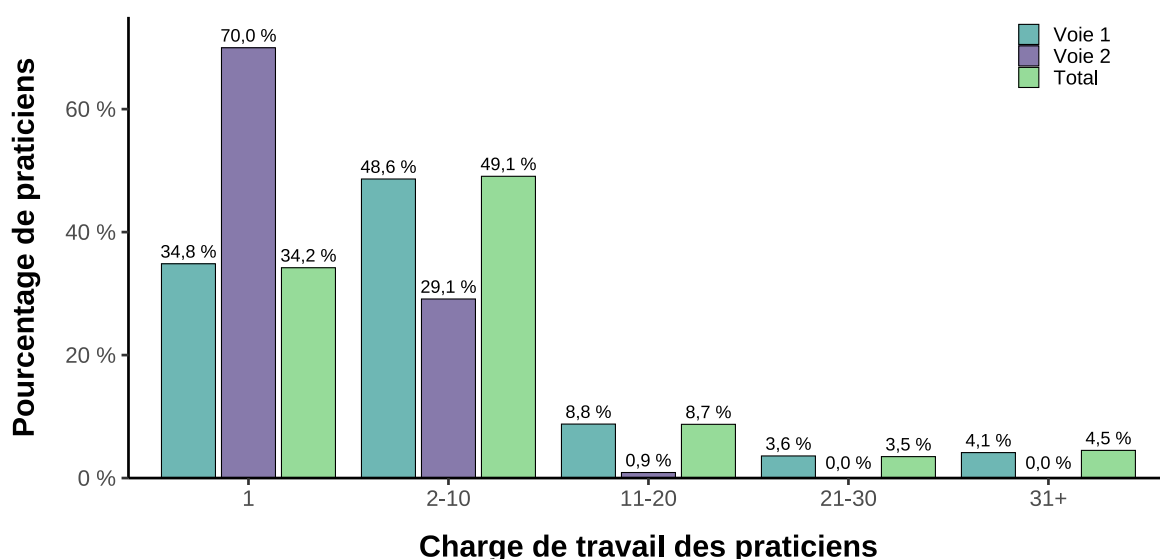
Santé Canada a réalisé deux analyses clés pour comprendre l'implication des praticiens de l'AMM en 2024. Pour y arriver, Santé Canada a classé les praticiens en cinq « groupes de charge de travail » distincts selon le nombre de cas d'AMM qu'ils ont réalisés au cours de l'année :

1. ceux qui n'ont administré l'AMM qu'une seule fois;
2. ceux qui ont administré l'AMM de deux à dix fois;
3. ceux qui ont administré l'AMM de 11 à 20 fois;
4. ceux qui ont administré l'AMM 21 à 30 fois;
5. ceux qui ont administré l'AMM 31 fois ou plus.

La première analyse ([Figure 6.1a](#)) présente la répartition des praticiens de l'AMM dans chaque groupe de charge de travail, par voie. Comme le montre la figure, en considérant tous les cas d'AMM, le plus grand groupe (49,1 %; n=1 112) de praticiens a administré l'AMM de deux à dix fois en 2024.

Cependant, en examinant le nombre de praticiens uniques ayant administré l'AMM par voie, nous constatons que la plus grande proportion de praticiens (48,6 %; n=1 069) ont administré l'AMM à des personnes de la voie 1 de deux à dix fois. En revanche, la plupart des praticiens administrant à des personnes de la voie 2 (70,0 %; n=310) ne l'ont fait qu'une seule fois.

Figure 6.1a : Praticiens de l'AMM, par charge de travail et par voie



Note explicative :

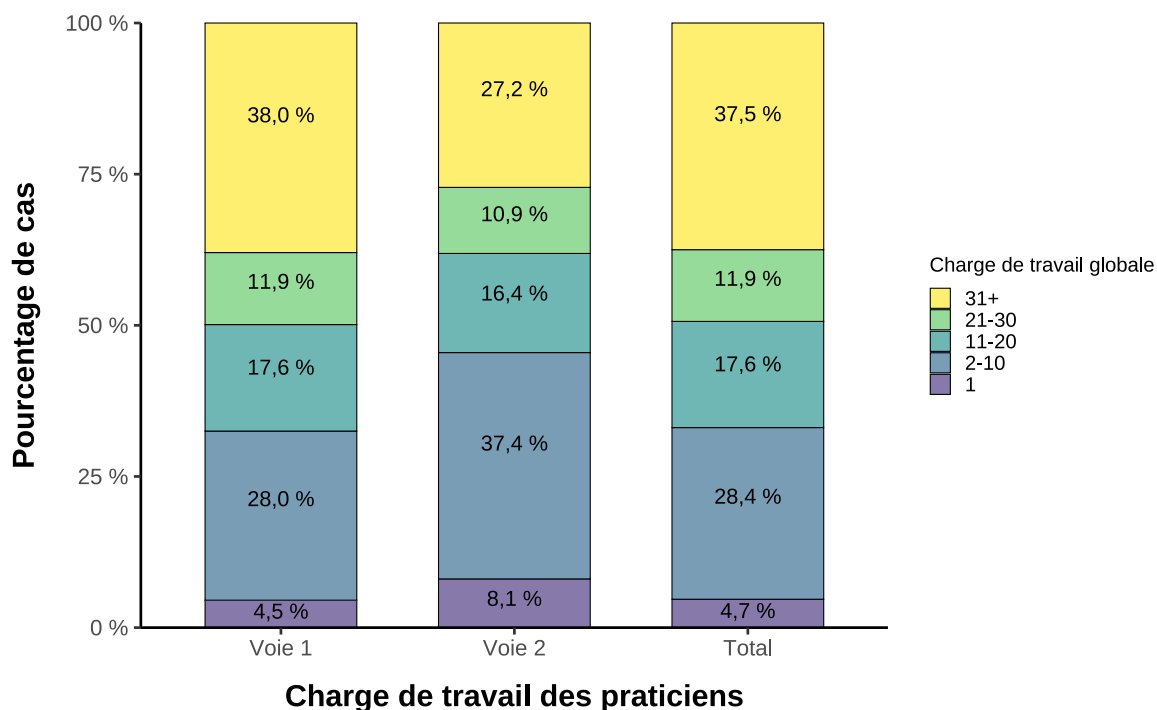
- a. Les barres de la voie 1 représentent la proportion uniquement des praticiens ayant administré l'AMM aux bénéficiaires de la voie 1. Les barres de la voie 2 représentent la proportion uniquement de ceux qui ont administré l'AMM par rapport aux bénéficiaires de la voie 2. La barre du total représente tous les praticiens qui ont administré l'AMM. Comme il n'y a aucun moyen d'identifier les praticiens individuels à partir de ce graphique, aucune valeur n'a été supprimée.

La deuxième analyse (**Figure 6.1b**) présente la part totale des cas d'AMM attribués à chaque groupe de charge de travail, par voie. Comme le montre la Figure 6.1b, les 4,5 % de praticiens ayant administré l'AMM 31 fois ou plus en 2024 étaient responsables de 37,5 % (n=6 185) de tous les cas d'AMM.

En comparant par voie, les proportions présentées dans la colonne de la voie 1 correspondent étroitement à celles de la colonne totale (tous les cas), avec 38,0 % (n=5 986) des cas d'AMM de la voie 1 ayant été réalisés par des praticiens ayant fourni l'AMM 31 fois ou plus. Cela pourrait être lié au fait que l'évaluation de l'admissibilité tend à être moins complexe pour la voie 1 et que certains hôpitaux ont des programmes d'AMM centralisés pour leurs communautés. Dans la voie 2, cependant, la plus grande proportion des cas d'AMM a été réalisée par des praticiens qui ont fourni l'AMM entre 2 et 10 fois (37,4 %; n=274).

Comme on pouvait s'y attendre, la plus petite proportion des cas d'AMM a été réalisée par des praticiens qui n'ont administré l'AMM qu'une seule fois (4,7 %; n=775). Il est toutefois intéressant de noter que la proportion de cas d'AMM de la voie 2 réalisée par ce groupe de praticiens (8,1 %; n=59) est supérieure à celle des cas d'AMM de la voie 1 réalisée par ce groupe (4,5 %; n=716). Dans de tels cas, il est possible que le praticien ait eu une relation préexistante avec la personne demandant l'AMM et, bien qu'il n'administre pas l'AMM régulièrement, ait choisi de répondre à cette demande.

Figure 6.1b : Proportion des cas d'AMM attribués à chaque groupe de praticiens selon le charge de travail, par voie



Santé Canada a complété les analyses ci-dessus en calculant la charge de travail de la voie 2 au sein de chaque groupe de charge de travail. En examinant spécifiquement le groupe de praticiens ayant administré l'AMM 31 fois ou plus (n=102), un peu plus du tiers n'a pas traité de cas d'AMM de la voie 2; le reste a principalement traité dix ou moins cas d'AMM en voie 2. Moins de cinq praticiens ont traité entre 11 et 20 cas d'AMM en voie 2 et aucun n'en a traité 21 ou plus.

Pour tous les cas de la voie 2, la loi exige qu'au moins l'un des deux praticiens évaluant l'admissibilité possède une expertise dans le problème de santé qui cause la souffrance de la personne. Si aucun des praticiens ne possède cette expertise, ils doivent chercher un troisième évaluateur.

Dans 77,4 % des cas de la voie 2, au moins un des deux praticiens avait une expertise dans le problème de santé responsable de la souffrance de la personne et a pu compléter l'évaluation lui-même. Dans les cas restants, ces praticiens ont cherché une expertise supplémentaire sur le problème de santé responsable de la souffrance de la personne afin d'aider à évaluer l'admissibilité à l'AMM. Le **tableau 6.1a** fournit une liste des spécialités des praticiens parmi ceux qui effectuent les évaluations de l'AMM de la voie 2. Comme il est indiqué dans le tableau, la gestion de la douleur, la neurologie et la médecine gériatrique étaient les spécialités les plus fréquemment mentionnées parmi les premiers ou deuxième évaluateurs. Lorsqu'un troisième praticien devait évaluer la personne demandant l'AMM, les spécialités les plus fréquemment mentionnées étaient la neurologie, la gestion de la douleur et la psychiatrie⁶³. Les praticiens pouvaient choisir plus d'une spécialité. Il est important de noter que, bien que les tendances globales soient cohérentes avec 2023, il existe des variations dans les pourcentages, probablement dues à des données plus complètes pour 2024.

Tableau 6.1a : Spécialité du praticien possédant une expertise du problème de santé qui causait la souffrance de la personne, parmi les bénéficiaires de la voie

Spécialité médicale	Premier ou deuxième praticien évaluateur		Un troisième avis était nécessaire	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
Gestion de la douleur	148	21,4	31	15,1
Neurologie	95	13,8	54	26,3
Médecine gériatrique	91	13,2	13	6,3
Médecine interne générale	33	4,8	9	4,4
Psychiatrie	18	2,6	19	9,3
Médecine respiratoire	13	1,9	0	0,0
Cardiologie	X ^a	X	X	X
Oncologie	X	X	X	X
Néphrologie	X	X	0	0,0
Autre^b	285	41,3	72	35,1
Total	570	— ^c	161	—

^a « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.

^b « Autre » inclut la médecine familiale, les soins palliatifs, la réadaptation/physiothérapie, la chirurgie

^c Plus d'une option pouvait être sélectionnée. Les totaux dépasseront 100 %.

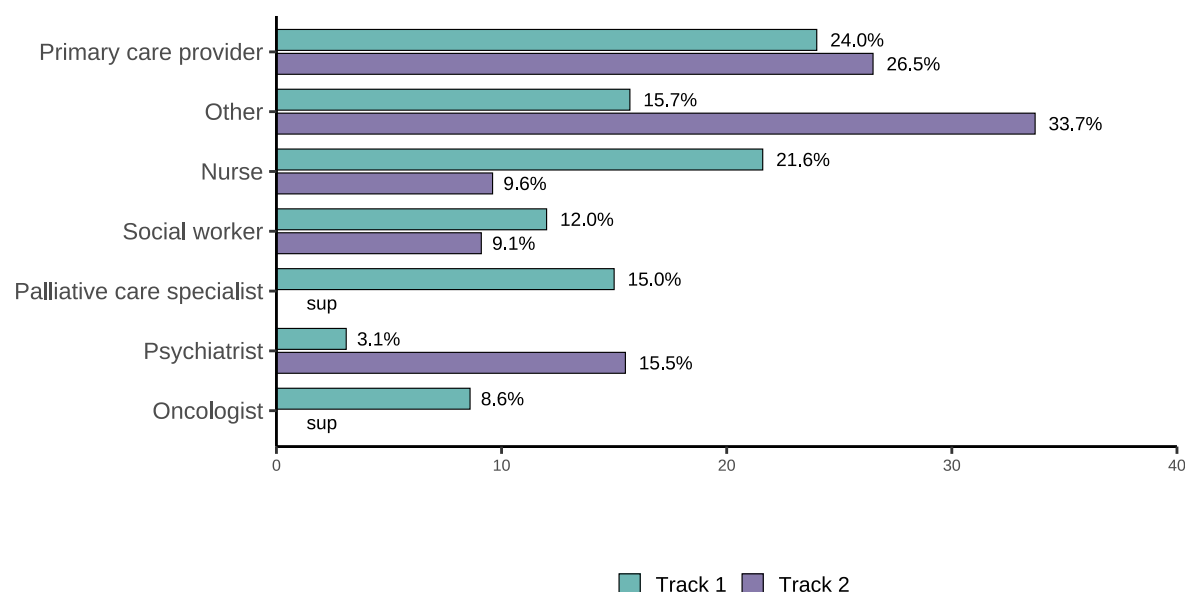
⁶³ Bien que l'AMM, où une maladie mentale est le seul problème médical indiqué, ne soit pas actuellement permise par la loi, il existe une gamme d'autres problèmes de santé où la psychiatrie peut être utilisée. Par exemple, certains troubles auto-immunes, troubles cardiovasculaires, la maladie de Huntington et la maladie de Parkinson ont été associés soit à une prévalence plus élevée des troubles mentaux en comorbidité, soit à l'apparition de symptômes psychiatriques. Voir : Commission de la santé mentale du Canada. « *Vers une meilleure santé mentale et physique : Prévenir et gérer les troubles mentaux et physiques concomitants – Étude de la portée et examen réaliste rapide* ». Ottawa (Ont.), 2021. <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/11/MHCC-CPAC-Chronic-Disease-Report-FR-Final.pdf>

Au-delà des exigences législatives, les praticiens consultent souvent aussi d'autres professionnels de la santé lors de l'évaluation de l'AMM. En 2024, les praticiens ont consulté d'autres professionnels de la santé dans 23,4 % des évaluations de la voie 1 et 43,7 % de celles de la voie 2. Le fait que des consultations supplémentaires aient été effectuées dans près du double des cas de la voie 2 met en lumière la complexité supplémentaire liée à ces évaluations et la nécessité de faire preuve de diligence raisonnable pour bien comprendre l'état de la personne.

La **figure 6.1c** présente les types de professionnels de la santé les plus couramment consultés afin de déterminer l'admissibilité, par voie. Dans les cas d'AMM de la voie 1, les prestataires de soins primaires étaient les plus fréquemment consultés (24,0 %), suivis par les infirmiers (21,6 %) et les spécialistes en soins palliatifs (15,0 %), tandis que dans les cas d'AMM de la voie 2, les « autres » professionnels de la santé étaient les plus fréquemment consultés (33,7 %), suivis des prestataires de soins primaires (26,7 %) et des psychiatres (15,5 %).

Les données démontrent une variation significative dans la mesure dans laquelle différents professionnels ont été consultés, par voie. Par exemple, les oncologues étaient plus de 17 fois plus susceptibles d'être consultés dans les cas d'AMM de la voie 1 que dans les cas d'AMM de la voie 2, et les psychiatres étaient presque cinq fois plus susceptibles d'être consultés dans les cas d'AMM de la voie 2 que dans les cas d'AMM de la voie 1.

Figure 6.1c : Types de professionnels de la santé consultés afin de déterminer l'admissibilité, par voie



Note explicative :

- a. Des exemples de professionnels de la santé dans la catégorie « autres » incluent d'autres médecins spécialistes, tels que les neurologues, internistes et gériatres, ainsi que d'autres professionnels comme les psychologues, les prestataires de soins spirituels et les éthiciens.

6.2 Moment de l'administration de l'AMM

Les données sur le moment de l'administration de l'AMM fournissent des informations importantes sur l'expérience des personnes recevant l'AMM et soulignent l'équilibre important à trouver entre la nécessité d'assurer un temps suffisant pour la réflexion et la nécessité de répondre à des circonstances médicales urgentes.

Pour les personnes évaluées de la voie 1, il n'y a pas de temps minimal précis à prévoir pour évaluer l'admissibilité, ni entre la fin de l'évaluation et l'administration de l'AMM. En 2024, le nombre médian de jours entre la demande d'AMM et l'administration de l'AMM était de 15 jours pour les personnes ayant reçu l'AMM de la voie 1. Cette constatation laisse entendre que la plupart des personnes de la voie 1 ont reçu l'AMM rapidement après avoir été jugées comme admissibles.

Pour les personnes évaluées comme faisant partie de la voie 2, la loi exige que les praticiens s'assurent qu'au moins 90 jours francs se sont écoulés entre le jour où commence la première évaluation et celui où l'AMM est fournie. Cette période d'évaluation obligatoire de 90 jours vise à répondre aux défis et préoccupations supplémentaires pouvant survenir dans le cadre de ces évaluations d'AMM, notamment si la souffrance est causée par d'autres facteurs que l'état de santé de la personne, et s'il existe d'autres moyens de traiter la souffrance que l'AMM. Il sert aussi à s'assurer que suffisamment de temps soit consacré à explorer tous les aspects pertinents de la situation de la personne, y compris s'il existe des traitements ou services pouvant aider à réduire sa souffrance, tels que les services de counseling, les services de soutien en santé mentale et aux personnes en situation de handicap, les services communautaires et les soins palliatifs⁶⁴. En 2024, le nombre médian de jours entre la demande d'AMM et l'administration de l'AMM était de 118 jours. Il est pertinent de noter que les « 90 jours francs » sont une exigence minimale; dans 38 cas de la voie 2, les praticiens ont déclaré que l'évaluation avait duré plus d'un an. Cela reflète le fait que les évaluations de l'AMM de la voie 2 impliquent souvent des évaluations beaucoup plus longues et complexes, pouvant s'étendre sur plusieurs mois, voire plusieurs années.

L'exigence des 90 jours francs pour la voie 2 peut être levée si les deux évaluateurs estiment que la perte de la capacité de la personne à donner son consentement pour recevoir l'AMM est imminente. L'exigence d'au moins 90 jours francs entre le début de la première évaluation et l'administration de l'AMM a été levée pour 50 personnes en 2024.

⁶⁴ Ministère de la Justice. « Contexte législatif : Projet de loi C-7 : Réponse législative du gouvernement du Canada à la décision Truchon de la Cour supérieure du Québec ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada, 2021. <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/pl/am-ad/c7/index.html>

Renonciation au consentement final

En 2021, le *Code criminel* a été modifié pour permettre la levée de l'obligation de fournir un consentement immédiatement avant de recevoir l'AMM dans les circonstances limitées suivantes :

- La mort naturelle de la personne est raisonnablement prévisible (voie 1);
- Alors que la personne avait la capacité de prendre des décisions :
 - Elle a été évaluée et approuvée pour recevoir l'AMM, et elle a eu une date précise pour recevoir l'AMM;
 - Le praticien lui a conseillé qu'elle risquait de perdre la capacité de fournir son consentement final; et,
- Elle a perdu la capacité de consentir au moment où l'AMM doit être fournie.

La **renonciation au consentement final** est le document qu'une personne doit remplir avec son praticien, qui identifie une date choisie pour recevoir l'AMM et fournit son consentement avant cette date, au cas où la personne n'aurait plus la capacité de consentir à ce moment-là. La renonciation devient non valide si la personne, après avoir perdu sa capacité de décision, démontre un refus ou une résistance à l'administration de l'AMM.

Une renonciation au consentement final est différente d'une **demande anticipée**. Une demande anticipée implique qu'une personne compétente fasse une demande écrite d'AMM qui pourrait être honorée plus tard, après avoir perdu la capacité de prendre des décisions médicales pour elle-même. Dans de tels cas, ces personnes répondraient autrement aux critères d'admissibilité à l'AMM, sauf pour leur absence de capacité au moment où l'AMM a été fournie. Les demandes anticipées d'AMM ne sont pas permises en vertu du *Code criminel*.

En 2024, 785 cas ont été signalés de personnes qui ont reçu l'AMM en vertu d'une renonciation de l'entente de consentement final en raison d'une perte de capacité. Dans les cas où l'AMM a été fournie en vertu d'une renonciation au consentement final, le problème de santé sous-jacent le plus courant était le cancer (79,0 %), suivi des « autres » problèmes de santé (23,8 %) et des troubles cardiovasculaires (12,3 %).

6.3 Lieu d'administration de l'AMM

En 2024, les résidences privées sont demeurées le lieu d'administration le plus courant de l'AMM, représentant 36,8 % des cas d'AMM de la voie 1 et 47,0 % des cas d'AMM de la voie 2. Les hôpitaux sont demeurés le deuxième lieu le plus courant, représentant 31,1 % des cas d'AMM de la voie 1 et 23,5 % des cas d'AMM de la voie 2. Dans la voie 1, les établissements de soins palliatifs étaient le troisième lieu d'administration le plus fréquent, représentant 25,5 % des cas, tandis que dans la voie 2, les établissements de soins résidentiels étaient le troisième lieu le plus fréquent, représentant 13,3 % des cas.

Dans certains cas, les personnes doivent transférer des lieux avant de recevoir l'AMM. En 2024, un total de 1 343 personnes ont été transférées dans un autre lieu d'administration de l'AMM, représentant 8,1 % du total des cas d'AMM. Lors de la soumission d'un rapport d'AMM, les praticiens peuvent choisir plusieurs raisons pour lesquelles une personne a été transférée. La raison la plus retenue était que la personne demandait à être transférée vers un autre lieu (n=815), suivie de la nécessité de se conformer aux politiques de l'établissement où elle se trouvait (n=349). D'autres raisons, moins courantes, concernaient la capacité du prestataire à obtenir des privilèges dans l'établissement où la personne se trouvait ou la disponibilité, la capacité ou le confort des praticiens à l'intérieur de l'établissement où la personne se trouvait.

Depuis la légalisation de l'AMM en 2016, plusieurs hôpitaux, établissements de soins de longue durée et maisons de soins palliatifs confessionnels au Canada ont adopté des politiques interdisant l'administration de l'AMM sur leurs locaux. Cela fait en sorte que les personnes évaluées comme admissibles à recevoir l'AMM qui se trouvent dans leurs établissements soient transférées dans d'autres établissements afin de la recevoir. Cela peut entraîner une souffrance supplémentaire pour la personne transférée. Certaines provinces ont pris des mesures pour exiger que l'administration de l'AMM soit accessible dans les établissements, soit par la législation, soit par des directives aux autorités sanitaires locales⁶⁵.

⁶⁵ En 2023, le ministre de la Santé de la Colombie-Britannique a ordonné à Vancouver Coastal Health de créer un espace clinique consacré aux patients de l'hôpital St. Paul (un hôpital catholique interdisant l'AMM sur ses lieux) pour qu'ils puissent accéder à l'AMM s'ils le souhaitent. Voir : Ministry of Health. « Patient-centred approach to MAiD services coming to St. Paul's Hospital ». Victoria (C.-B.) : gouvernement de la Colombie-Britannique, 2023. <https://news.gov.bc.ca/releases/2023HLTH0145-001873>

Le **tableau 6.3a** montre, par province, le pourcentage de cas d'AMM impliquant un transfert, ainsi que le pourcentage de transferts de demandeurs d'AMM effectués conformément aux politiques institutionnelles. Comme le montre le tableau, une proportion relativement élevée des transferts ont été effectués conformément aux politiques institutionnelles en Alberta (73,6 %) et au Manitoba (77,3 %), tandis qu'au Québec, seulement 4,2 % des transferts ont été effectués pour cette raison. Ces pourcentages sont très semblables à ceux déclarés en 2023, lorsque l'Alberta et le Manitoba avaient la plus forte proportion de transferts de demandeurs d'AMM effectués conformément aux politiques institutionnelles, soit respectivement 85,7 % et 70,0 %, et le Québec avait la plus faible proportion à 9,0 %. La diminution de la proportion de transferts de patients conformément aux politiques institutionnelles au Québec peut être en partie attribuée aux changements législatifs apportés en 2023 précisant que « qu'une maison de soins palliatifs ne peut exclure l'aide médicale à mourir des soins qu'elle offre »⁶⁶.

Tableau 6.3a : Profil des transferts, globaux et dus aux politiques de l'établissement, par province

Province ou territoire	Cas d'AMM au sein de la province qui ont impliqué un transfert		Transferts liés à l'AMM à l'intérieur de la province en raison des politiques de l'établissement où la personne se trouvait	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
T.-N.-L.	12	11,1	X ^a	X
Î.-P.-É.	X	X	X	X
N.-É.	22	4,9	8	36,4
N.-B.	33	11,7	7	21,2
Qc	530	8,8	22	4,2
Ont.	359	7,3	124	34,5
Man.	22	11,8	17	77,3
Sask.	48	14,1	25	52,1
Alb.	110	9,9	81	73,6
C.-B.	201	6,7	64	31,8
Yn	X	X	0	0,0
T.N.-O.	X	X	0	0,0
Nt	0	0,0	0	0,0
Total	1343	100,0	349	100,0

^a « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.

⁶⁶ Gouvernement du Québec, « Projet de loi n° 11, Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives », Québec (Qc) : gouvernement du Québec, 2023. <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-11-43-1.html>

7. Conclusion

Ce sixième rapport annuel est le fruit d'une collaboration continue avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les partenaires autochtones, les professionnels de la santé et les collègues de Statistique Canada. Maintenant qu'une deuxième année de collecte de données a été complétée en vertu du règlement mis à jour, nous continuons d'améliorer notre compréhension de la mise en œuvre du régime canadien d'AMM.

Santé Canada s'efforce de mieux comprendre les circonstances dans lesquelles l'AMM est demandée et administrée afin d'éclairer la politique future de l'AMM et les directives des praticiens. Cela impliquera des discussions continues avec les personnes ayant une expérience vécue, les personnes en situation de handicap et les professionnels de la santé, ainsi que les gouvernements, les organisations et les détenteurs de droits des Premières Nations, des Inuits et des Métis, afin d'éclairer la politique de l'AMM et l'orientation des praticiens. Cela impliquera également une collaboration continue avec les provinces, territoires et praticiens afin d'améliorer la cohérence et la qualité de la collecte des données, surtout en ce qui concerne les questions d'auto-identification. Le ministère étudiera les possibilités d'analyses plus poussées à l'avenir sur des questions clés qui préoccupent les Canadiens et les décideurs, telles qu'une analyse plus approfondie du statut socio-économique grâce à des liens entre les dossiers et d'autres ensembles de données administratifs hébergés par Statistique Canada.

Le gouvernement du Canada poursuivra son travail pour s'assurer que la législation sur l'AMM reflète les besoins des personnes au Canada, protège les personnes qui pourraient être vulnérables et soutient l'autonomie et la liberté de choix. La collecte de données sur les demandeurs et les bénéficiaires de l'AMM est essentielle pour s'assurer que l'élaboration de politiques et de programmes par les gouvernements et les systèmes de santé atteint ces objectifs.

On espère que l'analyse présentée dans ce rapport incitera la communauté de recherche à approfondir les données d'AMM disponibles par l'entremise des Centres de données de recherche de Statistique Canada afin de mieux comprendre le contexte de l'administration de l'AMM dans nos communautés et nos systèmes de santé.

Annexe A : Critères d'admissibilité, mesures de sauvegarde et exigences en matière de rapports sur l'AMM

Code criminel : Résumé des critères d'admissibilité et des mesures de sauvegarde

Critères d'admissibilité	Mesures de sauvegarde	
	La mort naturelle est raisonnablement prévisible (Voie 1)	La mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible (Voie 2)
- Faire une demande d'AMM de manière volontaire. - Être âgé d'au moins 18 ans. - Être capable de prendre des décisions concernant sa santé. - Doit fournir un consentement éclairé après avoir été informé des moyens à sa disposition pour alléger sa souffrance, y compris les soins palliatifs. - Être admissible à des soins de santé financés par l'État au Canada. - Avoir obtenu un diagnostic de « problème de santé grave et irrémédiable », pour lequel la personne doit satisfaire à tous les critères suivants : - maladie, affection ou handicap graves et incurables; état caractérisé par un déclin avancé et irréversible des capacités;	- La personne doit effectuer une demande écrite corroborée et signée par un témoin indépendant. - Un professionnel rémunéré, qui prodigue des soins de santé ou des soins personnels, peut agir en qualité de témoin indépendant. - 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'AMM, la personne doit avoir la possibilité de retirer son consentement et doit confirmer qu'elle consent à recevoir l'AMM (à moins qu'elle n'ait conclu une « entente de renonciation au consentement final » également appelée une « entente de consentement préalable » – décrites ci-dessous) :	- La personne doit effectuer une demande écrite corroborée et signée par un témoin indépendant. - Un professionnel rémunéré, qui offre des soins de santé ou des soins personnels, peut agir en qualité de témoin indépendant. - Deux praticiens indépendants doivent confirmer le respect de tous les critères d'admissibilité. - L'un des deux praticiens évaluant l'admissibilité de la personne doit avoir une expertise du problème de santé à l'origine de la souffrance de la personne et si ce n'est pas le cas, doit consulter un autre praticien ayant cette expertise. - Il faut observer une période minimale de 90 jours entre la date de la première évaluation de l'admissibilité et le jour de l'administration de l'AMM; cette période peut être écourtée si la perte de capacité est imminente et que les évaluations sont terminées.

Critères d'admissibilité	Mesures de sauvegarde	
	La mort naturelle est raisonnablement prévisible (Voie 1)	La mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible (Voie 2)
- sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables. La maladie mentale comme seul problème de santé sous-jacent est exclue jusqu'au 17 mars 2027⁶⁷.	- Des dispositions permettent à une personne de renoncer à l'obligation de donner son consentement final, au moyen d'une entente écrite avec son praticien après avoir été jugée admissible à l'AMM, 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. - Des dispositions précisant que le praticien ne doit pas fournir d'AMM si la personne démontre un refus ou une résistance au moment de l'administration. - Si la personne a de la difficulté à communiquer, toutes les mesures nécessaires doivent être prises pour fournir un moyen fiable de comprendre l'information qui lui est fournie et de communiquer sa décision.	- La personne doit être informée des services de consultation psychologique, des services de soutien en santé mentale, des services de soutien aux personnes en situation de handicap, des services communautaires et des soins palliatifs, et doit avoir la possibilité de consulter les professionnels compétents, selon leur disponibilité et leur pertinence. - La personne et les praticiens doivent tous deux avoir discuté des moyens raisonnables disponibles pour soulager les souffrances de la personne et convenir que la personne a sérieusement envisagé ces moyens. - Immédiatement avant l'administration de l'AMM, la personne doit avoir la possibilité de retirer son consentement et doit confirmer qu'elle consent à recevoir l'AMM. - Dispositions permettant aux praticiens d'aider une personne ayant choisi l'autoadministration, en cas de complications liées à l'autoadministration, par le biais d'une entente écrite. - Si la personne a de la difficulté à communiquer, toutes les mesures nécessaires doivent être prises pour fournir un moyen fiable de comprendre l'information qui lui est fournie et de communiquer sa décision.

Annexe B : Méthodologie et limites

Notes méthodologiques

Le règlement exige que les médecins, infirmiers praticiens, pharmaciens et techniciens en pharmacie fournissent des informations relatives aux demandes et à l'administration de l'AMM. Ces personnes doivent se présenter à Santé Canada de l'une des deux façons suivantes :

1. Directement à Santé Canada au moyen d'un portail de collecte sécurisé en ligne : Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Ontario (les demandes ne mènent pas à l'administration de l'AMM, ainsi que les rapports des pharmaciens/techniciens en pharmacie), Manitoba et Yukon.
2. Par l'entremise d'un organisme provincial ou territorial désigné qui soumet à son tour les données trimestriellement à Santé Canada : Québec, Ontario (demandes menant à l'administration de l'AMM), Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut.

Les données recueillies par Santé Canada font l'objet d'une série d'étapes de traitement, y compris le nettoyage, la vérification, la validation et, au besoin, un suivi auprès d'un organisme ou praticien provincial ou territorial désigné afin d'assurer la qualité, l'exactitude et l'exhaustivité. Dans les cas où des groupes sociodémographiques avaient des chiffres qu'il fallait supprimer pour assurer la confidentialité, Santé Canada a créé des groupes agrégés qui ont veillé à ce que ces cas de l'AMM soient inclus dans l'analyse, mais qu'une personne ne puisse pas être identifiée.

Les provinces et territoires ont été consultés lors de la préparation du rapport et ont eu l'occasion de fournir des commentaires. Pour toutes les années, le nombre de cas d'AMM est comptabilisé dans l'année civile où l'AMM a été administrée. Pour toutes les autres demandes qui n'ont pas donné lieu à l'AMM (inadmissibilité, retrait de la demande, ou décès d'une personne avant l'AMM), la demande est comptabilisée dans l'année civile où le cas a été résolu et déclaré. Il peut y avoir des écarts entre les chiffres présentés par Santé Canada dans son rapport annuel et ceux présentés dans les rapports publiés par les provinces et les territoires, en raison des différences dans les cycles de déclaration et dans les dates de réception des données.

Comme en 2023, la méthodologie a été simplifiée en comptant le nombre de cas d'AMM au Canada uniquement sur la base des cas formels soumis dans le cadre des soumissions de 2024, plutôt que d'inclure des cas supplémentaires d'AMM comptés par province et territoire mais qui n'ont pas encore été déclarés à Santé Canada dans les chiffres globaux. Le total de 16 499 cas d'AMM en 2024 est directement comparable aux 15 343 cas d'AMM officiellement déclarés dans le cinquième rapport annuel (données de 2023).

La présentation du rapport de cette année porte sur des domaines d'intérêt pour les parties prenantes, les provinces, les territoires et les partenaires autochtones. Les questions introduites en 2023 permettent une analyse désagrégée des données selon l'identité et la race autochtones, en plus de l'âge, du sexe et du suivi de l'AMM. Ce rapport n'inclut pas d'analyse par genre, bien que cette information ait été recueillie en plus du sexe, car cette variable nécessite une évaluation plus approfondie du risque de divulgation. Des mesures du statut socio-économique ont été jointes aux données de l'AMM afin d'explorer comment cela varie au sein de cette population et comment il se compare à la population canadienne. Le code postal recueilli dans le cadre des rapports de l'AMM a été utilisé en même temps que le Fichier de conversion des codes postaux de Statistique Canada (FCCP+)⁶⁸, qui a joint la géographie du recensement au fichier de données et a permis le lien avec l'Indice canadien de défavorisation multiple (ICDM, expliqué plus en détail ci-dessous). Ces résultats pourraient être pertinents pour aider à mieux comprendre les différences dans la façon dont l'AMM est accessible par les différents groupes.

Limitations des données

Les exigences de déclaration imposées par le règlement modifié en 2023 ont élargi l'information recueillie sur toutes les demandes d'AMM. Le cinquième rapport annuel présente la première année de données recueillies en vertu de ce règlement. Bien que la qualité des données se soit améliorée, certaines des constatations présentées dans ce rapport doivent être prises en compte de certaines limites :

- Évaluations sur l'année civile : Souvent, l'évaluation et l'administration de l'AMM s'étendent sur plusieurs mois. Il existe des cas où l'évaluation de l'admissibilité a commencé avant le 1^{er} janvier 2023, mais l'AMM a été administrée en 2024 avec une soumission ultérieure du rapport. La plupart de ces cas auraient des données manquantes pour les nouvelles variables introduites en 2023, car ces informations n'ont pas été recueillies au début de l'évaluation et ne pouvaient pas être récupérées dans les dossiers médicaux de l'individu.
- Variation dans les approches de collecte de données et l'interprétation des questions d'auto-évaluation : L'approche de collecte des données sur les paramètres d'auto-identification n'est pas standardisée entre les provinces et territoires, ce qui rend difficile l'établissement de comparaisons significatives à l'échelle du pays. Étant donné la complexité autour de certaines variables, il y a un manque de cohérence dans l'interprétation par les personnes (dans la réponse aux paramètres d'identité de soi).
- Réticence des praticiens à demander et des demandeurs à divulguer les paramètres d'auto-identification : Il y a eu des réticences exprimées par les praticiens à demander cette information (même si une personne peut choisir de ne pas s'auto-identifier), en raison de préoccupations quant à l'impact que cela pourrait avoir sur la relation clinique. De plus, les demandeurs peuvent choisir de ne pas s'identifier eux-mêmes, en raison de préoccupations quant à l'impact que cela pourrait avoir sur leur traitement lors de leurs interactions avec le système de santé.

Santé Canada a travaillé avec les provinces et territoires et est en dialogue avec des partenaires autochtones pour s'attaquer aux enjeux mentionnés ci-dessus lorsque possible et améliorer la cohérence et la qualité des données à l'avenir.

⁶⁸ Statistique Canada. « Fichier de conversion des codes postaux^{MO} plus (FCCP+) Version 8A, Guide de référence. » Statistique Canada, 2022.

Analyse de marginalisation

Le règlement doit être autorisé par la loi habilitante. Dans le cas du *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir*, ceux-ci sont autorisés par la législation actuelle sur l'AMM, telle que prévue dans le *Code criminel*. La collecte de données sur l'AMM est exigée par le règlement, donc les éléments de données recueillis dans le contexte d'une demande d'AMM doivent être liés à la législation sur l'AMM. Le règlement a été élaboré dans le but de trouver un équilibre important entre les besoins suivants :

- Comprendre les circonstances médicales des personnes qui demandent et reçoivent l'AMM
- Être transparent envers les gens au Canada concernant la mise en œuvre de la législation sur l'AMM
- Respecter la vie privée et minimiser le fardeau pour les personnes demandant l'AMM
- Minimiser le fardeau de déclaration parmi les praticiens de l'AMM

Le règlement exige que les praticiens rapportent des variables spécifiques qui peuvent fournir un aperçu des expériences des personnes recevant l'AMM (par exemple, race auto-déclarée, identité et handicap autochtones, lieu de résidence, etc.). Ils n'exigent toutefois pas que les praticiens déclarent des variables telles que le revenu et la réception des prestations gouvernementales. Pour mieux comprendre les circonstances socio-économiques des personnes recevant l'AMM, Santé Canada a réalisé des analyses reliant les codes postaux et les numéros d'identification de santé des bénéficiaires de l'AMM aux données de Statistique Canada.

L'analyse de marginalisation a été complétée en utilisant d'abord le FCCP+ pour joindre les géographies de recensement au fichier de données de l'AMM, puis en joignant l'ICDM et en fusionnant par variables géographiques canadiennes standardisées. Il y a eu 298 cas où le code postal était incomplet ou incorrect. Ces cas ont été exclus de l'analyse de marginalisation.

L'ICDM est un indice basé sur la superficie qui utilise les données du recensement pour définir quatre dimensions de la privation et de la marginalisation, comme suit :

- Instabilité résidentielle
- Dépendance économique
- Vulnérabilité situationnelle
- Composition ethnoculturelle

Cette dernière dimension a été omise de l'analyse étant donné que :

- Les données auto-déclarées sur l'identité raciale, ethnique ou culturelle sont déjà recueillies dans le cadre des rapports de l'AMM.
- Ces données laissent entendre que la population des bénéficiaires de l'AMM est relativement homogène (la grande majorité s'identifiant comme caucasienne ou blanche), ce qui limite la validité de cette dimension comme mesure de marginalisation.

Comparaison des données sur l'AMM et des données de l'état civil

Tous les décès au Canada sont enregistrés par le registre provincial ou territorial des données de l'état civil de la province ou du territoire où le décès est survenu. Le formulaire d'enregistrement du décès comprend des renseignements personnels, fournis au directeur de funérailles par un informateur, ainsi que le certificat médical de cause du décès, rempli par un professionnel de la santé, un coroner ou un médecin légiste⁶⁹.

Les registres provinciaux et territoriaux des données de l'état civil soumettent ensuite les données des décès enregistrés dans leur administration à Statistique Canada, qui publie les statistiques officielles de mortalité. Toutes les informations figurant sur le certificat médical de la cause du décès sont codées et la cause sous-jacente du décès est déterminée. La cause sous-jacente du décès est définie comme « a) la maladie ou la blessure à l'origine des événements menant directement au décès, ou b) les circonstances de l'accident ou de la violence à l'origine de la blessure mortelle »⁷⁰

Conformément aux normes et pratiques internationales, Statistique Canada a toujours codé les causes de décès selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé et utilise actuellement la 10^e révision.

À l'aide des règles décrites dans la CIM-10, on détermine une cause sous-jacente singulière de décès, qui est utilisée pour compiler les statistiques sur la mortalité par Statistique Canada. Il n'y a pas de code pour l'AMM dans la CIM-10. Les certificats de décès des personnes ayant reçu l'AMM sont en fonction du problème de santé qui a amené le défunt à se prévaloir de l'AMM.

À l'inverse, Santé Canada recueille des renseignements sur toutes les demandes et les cas d'AMM, conformément au *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir*. Tous les médecins et le personnel infirmier praticien relèvent de Santé Canada, soit directement par l'intermédiaire d'un portail de collecte Web sécurisé, soit par l'intermédiaire d'un organisme provincial ou territorial désigné qui, à son tour, soumet les données trimestrielles à Santé Canada. Toutes les demandes intentionnelles menant à un résultat devant faire l'objet d'un rapport (administration de l'AMM, conclusion d'inadmissibilité, personne retirant sa demande et personne mourant pour une raison autre que l'AMM) doivent être déclarées.

Le questionnaire de déclaration de l'AMM exige que les praticiens et évaluateurs fournissent des détails sur le problème de santé grave et incurable qui cause une souffrance intolérable et pousse la personne à demander et/ou à recevoir l'AMM. Il faut noter que plus d'un problème de santé peut être précisé et qu'il n'existe pas de hiérarchie pour différencier le « problème de santé unique » des « autres problèmes de santé/comorbidités ».

⁶⁹ Statistique Canada. « Base canadienne de données de l'état civil – Décès ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada, 2025. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3233

⁷⁰ Organisation mondiale de la Santé. « International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, 10th Revision, Sixth Edition, Volume 2 ».

Le tableau ci-dessous résume, de manière générale, les différences entre les données d'AMM et les données de l'état civil.

Responsabilités/orientations	Données de l'état civil	Données sur l'AMM
Qui soumet le rapport?	Médecin, infirmier praticien, coroner ou médecin légiste	Évaluateurs et prestataires d'AMM, c'est-à-dire médecins ou infirmiers praticiens
Que déclarent-ils?	Une cause sous-jacente de décès et, facultativement, des causes multiples de décès, classées selon la « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes » de l'Organisation mondiale de la Santé.	Le ou les problèmes de santé qui causent des souffrances à une personne et qui constituent le fondement de la demande d'AMM de cette personne, ainsi que toute comorbidité. Ils ne sont pas différenciés les uns des autres.
Qui résume les données et les communique aux Canadiens	Statistique Canada	Santé Canada
Qu'est-ce qui guide le rapport	Lois provinciales et territoriales sur les données de l'état civil (ou législation équivalente)	<i>Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir</i>

Les données de la Base canadienne de données de l'état civil ont été utilisées comme groupe de comparaison avec les cas d'AMM tout au long de ce rapport, car elles contiennent le dossier le plus complet et fiable des morts naturelles au Canada et fournissent le contexte nécessaire pour comprendre comment l'AMM s'inscrit dans le tableau plus large de la mortalité, tant en termes d'ampleur que des types de problèmes de santé en cause. L'ensemble de données de l'état civil utilisé pour la comparaison dans ce rapport a été préparé par une équipe de Statistique Canada, en utilisant des données provisoires pour les décès de 2024. Il est basé sur les données recueillies au 10 juillet 2025 et peut ne pas contenir tous les décès dus à des retards de déclaration. Ces chiffres peuvent changer avant la publication des données officielles à la fin de 2025. Le dossier provisoire complet contenait près de 325 000 observations.

Les décès chez les résidents non canadiens et les défunts de moins de 18 ans ont été supprimés. La variable des causes de décès a été analysée pour séparer les morts naturelles et non naturelles afin d'obtenir des statistiques comparables aux causes de décès trouvées dans les données de l'AMM. Les morts non naturelles ont été supprimées. Cela comprenait des décès dus à des accidents (V00-V99; W00-W99; X00-X59, Y85-Y86); suicides (X60-84, Y87.0) et agressions (X85-X86; X87.1-X87.9; X88-X99; Y00-Y09; Y87.1). Les cas dont la cause du décès était mal définie ou inconnue ont également été supprimés. Un peu moins de 50 000 décès ont été retirés de l'analyse, leurs causes étant soit non naturelles, soit inconnues. Environ 9 % du dossier provisoire complet a une cause de décès inconnue. Pour pouvoir fusionner l'ICDM et l'Indice d'éloignement, le fichier provisoire devait être lié au FCCP+. En tout, 650 autres observations ont été supprimées, en raison de l'absence de code postal dans le fichier provisoire (nécessaire pour fusionner avec le FCCP+). Au final, près de 268 000 morts naturelles ont été analysées à partir du dossier provisoire des décès pour 2024 pour les statistiques démographiques et de causes de décès.

La variable des causes de décès a été analysée pour distinguer les morts naturelles et non naturelles. Afin d'obtenir des statistiques comparables aux causes de décès trouvées dans les données sur l'AMM, les causes de décès dans le dossier provisoire ont été réduites aux rubriques suivantes en utilisant les codes CIM-10 spécifiés : cancers (CIM C00-97), troubles neurologiques (CIM G00-G99), maladies cardiovasculaires majeures (I00-I78), troubles respiratoires (J00-J99), tous les autres morts naturelles. Il n'existe pas de codes CIM-10 pour la défaillance d'organe, d'où sa classification dans d'autres morts naturelles. Pour plus de cohérence, toutes les analyses des problèmes de santé dans ce rapport incluent la défaillance d'organe dans la catégorie « autres ».

L'ICDM a été ajouté au dossier de la Base canadienne de données sur l'état civil — Décès (BCDECD) pour les morts naturelles afin de fournir des informations contextuelles supplémentaires sur la marginalisation chez les décédés. Il y a eu plus de 246 000 observations pour l'ICDM, réparties par âge et sexe pour l'ensemble du Canada. L'Index de l'éloignement a également été ajouté au fichier BCDECD pour ce qui est des morts naturelles afin de fournir des informations contextuelles sur le niveau d'éloignement géographique, de manière à évaluer l'accès à l'AMM et aux services de soutien. Il y avait près de 270 000 observations dans les tableaux de l'Index de l'éloignement, désagrégées par âge et sexe pour l'ensemble du Canada. Les décès pour les deux sexes incluent les décès dont le sexe du défunt est inconnu. Par conséquent, les totaux « masculin » et « féminin » peuvent ne pas correspondre aux totaux « des deux sexes ». Un arrondi aléatoire a été appliqué aux données pour des raisons de confidentialité. L'arrondi aléatoire dans les petites cellules (c'est-à-dire 1 à 4 observations) est soit un arrondi par défaut à 0, soit un arrondi par excès à 5.

Cohortes santé et environnement du recensement canadien (CSERCan)

Pour donner un peu de contexte lors de la présentation des données sur les bénéficiaires de l'AMM qui s'identifiaient comme Autochtones, Santé Canada a demandé des données de l'état civil vitales à Statistique Canada indiquant le nombre de morts naturelles chez les personnes s'identifiant comme Autochtones et les personnes ne s'identifiant pas comme Autochtones. Comme il ne s'agit pas d'informations recueillies directement dans le questionnaire sur les données de l'état civil, ces informations ont été obtenues des CSERCan, qui ne contenaient pas les données sur l'état civil de 2024 au moment de l'analyse de ce rapport. Les CSERCan 2021⁷¹ comprennent des données de mortalité provenant de la BCDECD du 11 mai 2021 au 31 décembre 2023. Les données pour le Yukon n'étaient pas disponibles avant 2023. Plusieurs années de données ont été utilisées afin d'augmenter la taille de l'échantillon, de sorte à permettre une désagrégation au niveau provincial ou territorial lorsque possible. Les estimations présentées dans le tableau ont été soumises à une procédure de confidentialité appelée arrondi contrôlé afin d'éviter la possibilité de réidentifier une personne. La province/territoire est déterminé par la province/territoire de résidence indiqué dans BCDECD. Les décès parmi les résidents hors du Canada ont été exclus. La variable de cause de décès a été analysée pour distinguer les morts naturelles et non naturelles.

⁷¹ Statistique Canada. « Cohortes santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) ».

La population autochtone comprend les personnes qui s'identifient comme membres des Premières Nations (Indiens d'Amérique du Nord), Métis et/ou Inuks (Inuits) et/ou celles qui déclarent être Indiens inscrits ou visés par un traité (c'est-à-dire inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens* du Canada), et/ou ceux qui déclarent appartenir à une Première Nation ou à une bande indienne. Les estimations associées à la population autochtone sont plus touchées que la plupart des autres estimations par l'énumération incomplète de certaines réserves et établissements lors du recensement de la population. Pour plus d'informations sur les variables autochtones, y compris leurs classifications, les questions dont elles sont issues, la qualité des données et leur comparabilité avec d'autres sources, veuillez consulter le Guide de référence des peuples autochtones, Recensement de la population, 2021⁷², et le Rapport technique sur les peuples autochtones, Recensement de la population, 2021⁷³.

Indice de l'éloignement

Santé Canada a utilisé l'Indice de l'éloignement pour examiner les impacts de la ruralité sur l'administration de l'AMM. Alors que d'autres mesures couramment utilisées de la ruralité sont basées sur la tolérance de la population ou des déplacements, l'Indice de l'éloignement représente l'accessibilité aux services ou aux centres de population en mesurant le temps ou le coût de trajet le long du réseau routier canadien, ou le coût d'un vol s'il n'y a pas de routes disponibles dans un rayon de 150 km. Pour décomposer cette mesure en catégories significatives aux fins de l'analyse, nous avons adopté l'approche décrite dans Subedi *et al.*⁷⁴. Lorsque l'analyse était effectuée selon la catégorie accessible/éloigné, la composante « accessible » comprenait les 3 premiers quintiles (facilement accessible, accessible et moins accessible) alors que la composante « éloigné » comprenait les 2 derniers quintiles (éloigné et très éloigné).

Le tableau ci-dessous donne une idée de certaines communautés représentées dans chacun des quintiles de l'Indice de l'éloignement utilisés dans ce rapport.

Facilement accessible	Toronto, Ottawa, Québec, Montréal, Vancouver, Calgary, Edmonton, Winnipeg
Accessible	Halifax, Trois-Rivières, Kingston, Regina, Victoria
Moins accessible	St. John's, North Bay, Val d'Or, Cranbrook
Éloigné	Happy Valley Goose Bay, Gaspé, Dryden, Fort Nelson, Whitehorse
Très éloigné	Chibougamau, Red Lake, Churchill, Haida Gwaii

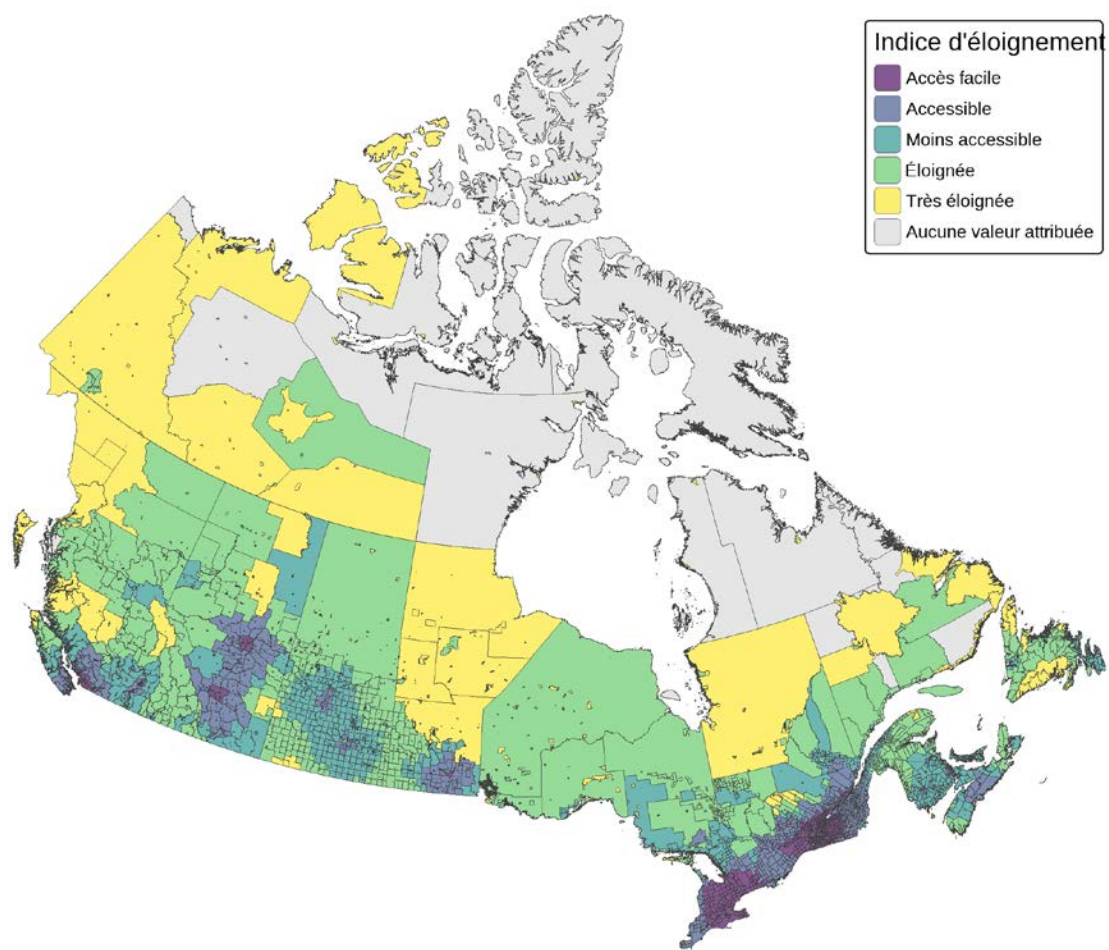
⁷² Statistique Canada. « Guide de référence sur les peuples autochtones, Recensement de la population, 2021 ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada, 2022. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/ref/98-500/009/98-500-x2021009-fra.cfm>

⁷³ Statistique Canada. « Rapport technique sur les peuples autochtones, Recensement de la population, 2021 ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada, 2024. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/ref/98-307/index-fra.cfm>

⁷⁴ Subedi, Rajendra, Shirin Roshanafshar, et T. Lawson Greenberg. « Élaboration de catégories utiles permettant de distinguer les niveaux d'éloignement au Canada ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada (Statistique Canada), 2020. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/11-633-X2020002>

La **figure B.1** est une carte de la répartition de l'Indice de l'éloignement à l'échelle du Canada⁷⁵. En général, les zones autour des grands centres urbains sont classées comme facilement accessibles ou accessibles. Les régions éloignées ou très éloignées se trouvent généralement dans le nord du pays.

Figure B.1 : Indice des quintiles d'éloignement au Canada



⁷⁵ Statistique Canada. « Indice d'éloignement ». Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada, 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/17-26-0001/172600012020001-fra.htm>

Annexe C : Profil de l'AMM par province et territoire

Le **tableau C.1** montre les résultats des demandes d'AMM, répartis par province et territoire. Le Québec avait le plus grand nombre de cas d'AMM ainsi que des demandes qui n'ont pas abouti à l'AMM (c'est-à-dire que la personne a retiré sa demande, a été jugée inadmissible ou est décédée avant que l'AMM puisse être administrée).

Il peut y avoir des écarts entre les chiffres présentés par Santé Canada dans son rapport annuel et ceux présentés dans les rapports publiés par les provinces et les territoires, en raison des différences dans les cycles de déclaration et dans les dates de réception des données.

Tableau C.1 : Résultats des demandes d'AMM présentées en 2024, par province ou territoire

Province ou territoire	Cas d'AMM en 2024		Demandes retirées en 2024		Demandes où la personne a été jugée inadmissible en 2024		Demandes où la personne est décédée d'une autre cause en 2024	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
T.-N.-L.	108	0,7	0	0,0	5	0,4	35	0,9
Î.-P.-É.	57	0,3	0	0,0	X ^a	X	17	0,4
N.-É.	445	2,7	X	X	5	0,4	93	2,3
N.-B.	283	1,7	X	X	10	0,8	61	1,5
Qc	5 998	36,4	409	59,1	612	46,1	1 164	29,0
Ont.	4 944	30,1	99	14,3	178	13,4	878	21,9
Man.	186	1,1	41	5,9	175	13,2	146	3,6
Sask.	341	2,1	48	6,9	86	6,5	166	4,1
Alb.	1 117	6,8	35	5,1	86	6,5	492	12,2
C.-B.	2 997	18,2	56	8,1	167	12,6	957	23,8
Yn	14	0,1	0	0,0	0	0,0	X	X
T.N.-O.	X	X	X	X	X	X	X	X
Nt	X	X	0	0,0	X	X	0	0,0
Total	16 499	100,0	692	100,0	1 327	100,0	4 017	100,0

^a « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.



Le **tableau C.2** montre l'âge médian et moyen des bénéficiaires de l'AMM, répartis par voie et province.

En considérant tous les cas d'AMM :

- Les âges médians les plus élevés ont été enregistrés dans les Territoires du Nord-Ouest, la Colombie-Britannique et l'Ontario.
- Les âges moyens les plus élevés ont été enregistrés au Nouveau-Brunswick, en Colombie-Britannique et en Ontario.

En considérant uniquement les cas d'AMM de la voie 1 :

- Les âges médians les plus élevés ont été enregistrés en Colombie-Britannique, en Ontario et au Manitoba.
- Les âges moyens les plus élevés ont été enregistrés au Nouveau-Brunswick, en Colombie-Britannique et en Ontario.

En considérant uniquement les cas d'AMM de la voie 2 :

- Les âges médians les plus élevés ont été enregistrés dans les Territoires du Nord-Ouest (chiffres exacts supprimés pour des raisons de confidentialité), au Québec et en Ontario.
- Les âges moyens les plus élevés ont été enregistrés dans les Territoires du Nord-Ouest (chiffres exacts supprimés pour des raisons de confidentialité), en Saskatchewan et au Québec.

Tableau C.2 : Âge médian et moyen des bénéficiaires de l'AMM, par province ou territoire

Province ou territoire	Total			Voie 1			Voie 2		
	Nombre	Âge médian	Âge moyen	Nombre	Âge médian	Âge moyen	Nombre	Âge médian	Âge moyen
T.-N.-L.	108	76,6	74,8	X ^a	X	X	X	X	X
Î.-P.-É.	57	73,7	71,8	57	73,7	71,8	0	0,0	0,0
N.-É.	445	76,6	75,7	439	76,7	75,8	6	71,7	72,0
N.-B.	283	74,5	81,2	263	74,6	81,9	20	71,8	72,1
Qc	5 998	77,4	76,8	5 546	77,4	76,8	452	77,2	75,9
Ont.	4 944	78,7	77,8	4 824	78,8	78,0	120	75,8	73,5
Man.	186	77,0	76,9	X	X	X	X	X	X
Sask.	341	76,9	76,6	332	77,1	76,5	9	75,6	77,9
Alb.	1 117	76,3	75,7	1 066	76,5	76,0	51	69,2	68,8
C.-B.	2 997	79,6	78,7	2 932	79,7	78,9	65	74,1	69,9
Yn^a	14	69,5	67,1	X	X	X	X	X	X
T.N.-O.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Nt	X	X	X	X	X	X	0	0,0	0,0

^a « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.

Le **tableau C.3** présente le nombre et la proportion de bénéficiaires de l'AMM dans les voies 1 et 2. Dans l'ensemble des provinces et territoires, la voie 1 représente la grande majorité des cas d'AMM.

Tableau C.3 : Bénéficiaires de l'AMM par voie et province/territoire

Province ou territoire	Voie 1		Voie 2	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
T.-N.-L.	X ^a	X	X	X
Î.-P.-É.	57	100,0	0	0,0
N.-É.	439	98,7	6	1,3
N.-B.	263	92,9	20	7,1
Qc	5 546	92,5	452	7,5
Ont.	4 824	97,6	120	2,4
Man.	X	X	X	X
Sask.	332	97,4	9	2,6
Alb.	1 066	95,4	51	4,6
C.-B.	2 932	97,8	65	2,2
Yn	X	X	X	X
T.N.-O.	X	X	X	X
Nt	X	X	0	0,0
Total	15 767	NA	732	NA

^a « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.

Le **tableau C.4** donne un aperçu des problèmes de santé déclarés par les bénéficiaires de l'AMM, par province et territoire. Les praticiens peuvent indiquer plus d'un problème de santé par personne. Le cancer était le problème de santé le plus fréquemment déclaré au Canada⁷⁶.

Tableau C.4 : Problèmes de santé déclarés par les bénéficiaires de l'AMM, par province ou territoire

Province ou territoire	Cancer	Trouble neurologique	Trouble respiratoire	Trouble cardiovasculaire	Défaillance d'organe	Autre
T.-N.-L.	69	15	10	16	X ^a	12
Î.-P.-É.	40	10	6	X	X	5
N.-É.	273	69	53	63	36	70
N.-B.	171	31	31	37	20	55
Qc	3 686	862	798	782	413	815
Ont.	3 025	609	757	961	318	1 109
Man.	112	28	20	21	7	33
Sask.	222	53	74	98	42	161
Alb.	702	156	95	177	44	382
C.-B.	1 754	441	373	636	287	1 655
Yn	6	X	5	X	X	X
T.N.-O.	X	X	0	0	0	X
Nt	X	0	0	X	0	X
Total	10 065	2 278	2 222	2 799	1 175	4 304

^a « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.

⁷⁶ Les chiffres pour le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest sont supprimés pour des raisons de confidentialité en raison du faible nombre.

Le **tableau C.5** présente un profil des bénéficiaires de l'AMM, réparti par province et territoire. Dans toutes les provinces et territoires, la voie 1 représente la grande majorité des cas d'AMM. Plus de femmes que d'hommes ont reçu l'AMM à l'Île-du-Prince-Édouard, en Colombie-Britannique et dans les Territoires du Nord-Ouest. Au Yukon, un nombre égal d'hommes et de femmes ont reçu l'AMM. Plus d'hommes que de femmes ont reçu l'AMM dans les autres provinces et territoires. Dans toutes les provinces, presque tous les bénéficiaires de l'AMM étaient caucasiens (blancs). Les taux auxquels les personnes recevant l'AMM s'identifiaient comme ayant un handicap variaient grandement selon les provinces et territoires, particulièrement dans la voie 1, où le taux variait de 12,0 % au Québec à 100 % dans les Territoires du Nord-Ouest. Selon la voie 2, le taux le plus faible a été observé au Québec (49,6 %) et le taux le plus élevé, en Saskatchewan (88,9 %).

Tableau C.5 : Profil des bénéficiaires de l'AMM, par province ou territoire

Province ou territoire	Femmes		Race blanche		Déclaré comme ayant un handicap, voie 1		Déclaré comme ayant un handicap, voie 2	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
T.-N.-L.	49	45,4	94	87,0	64	60,4	X ^a	X
Î.-P.-É.	29	50,9	53	93,0	22	38,6	0	0,0
N.-É.	196	44,0	411	92,4	152	34,6	X	X
N.-B.	138	48,8	275	97,2	56	21,3	16	80,0
Qc	2 821	47,0	5 090	84,9	663	12,0	224	49,6
Ont.	2 414	48,8	4 470	90,4	1 189	24,6	88	73,3
Man.	83	44,6	161	86,6	82	45,1	X	X
Sask.	168	49,3	324	95,0	293	88,3	8	88,9
Alb.	540	48,3	794	71,1	429	40,2	34	66,7
C.-B.	1 505	50,2	2 530	84,4	1 895	64,6	54	83,1
Yna	7	50,0	8	57,1	7	58,3	X	X
T.N.-O.	X	X	5	71,4	6	100,0	X	X
Nt	X	X	X	X	0	0,0	0	0,0

^a « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.

Le **tableau C.6** fournit des informations sur le besoin et la prestation de services de soins palliatifs, par province et territoire. Il existe une certaine variation à l'échelle du Canada dans la proportion de bénéficiaires de l'AMM ayant déclaré avoir besoin et reçu des services de soins palliatifs, allant de 53,1 % en Saskatchewan à 87,7 % à l'Île-du-Prince-Édouard. La Saskatchewan comptait la plus forte proportion de bénéficiaires de l'AMM qui nécessitaient, mais ne recevaient pas, de soins palliatifs. Il est important de considérer que, dans l'ensemble, la plupart des personnes qui avaient besoin de soins palliatifs, mais n'en ont pas reçu, y avaient accès, comme le présente le **tableau 5.1a**.

Tableau C.6 : Services de soins palliatifs reçus par les bénéficiaires de l'AMM, par province ou territoire

Province ou territoire	Services ont été requis et reçus		Required but did not receive		Not required		Unknown received/required	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
T.-N.-L.	85	78,7	X ^a	X	17	15,7	X	X
Î.-P.-É.	50	87,7	0	0,0	X	X	X	X
N.-É.	270	60,7	5	1,1	138	31,0	32	7,2
N.-B.	199	70,3	0	0,0	83	29,3	X	X
Qc	4 525	75,4	55	0,9	1 293	21,6	125	2,1
Ont.	4 039	81,7	61	1,2	796	16,1	48	1,0
Man.	130	69,9	X	X	48	25,8	X	X
Sask.	181	53,1	53	15,5	96	28,2	11	3,2
Alb.	725	64,9	123	11,0	192	17,2	77	6,9
C.-B.	1 999	66,7	103	3,4	770	25,7	125	4,2
Yn^a	11	78,6	0	0,0	X	X	X	X
T.N.-O.	X	X	X	X	0	0,0	0	0,0
Nt	X	X	X	X	0	0,0	0	0,0

^a « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.

Le **tableau C.7** fournit des informations sur le besoin et la prestation de services de soutien aux personnes en situation de handicap par province et territoire. Il existe une variation importante partout au Canada dans la proportion de bénéficiaires de l'AMM ayant déclaré avoir requis et reçu des services de soutien aux personnes en situation de handicap, allant de 11,0 % au Québec à 85,7 % dans les Territoires du Nord-Ouest. Ces chiffres correspondent étroitement aux données sur le handicap auto-déclaré présentées dans le **tableau C.5**. La Saskatchewan comptait la plus forte proportion de bénéficiaires de l'AMM qui nécessitaient, mais ne recevaient pas, de services de soutien aux personnes en situation de handicap. Il est important de considérer que, dans l'ensemble, la plupart des personnes qui avaient besoin, mais n'ont pas reçu, de services de soutien aux personnes en situation de handicap y avaient accès, comme le présente le **tableau 5.2a**.

Tableau C.7 : Services de soutien aux personnes en situation de handicap reçus par les bénéficiaires de l'AMM, par province ou territoire

Province ou territoire	Services ont été requis et reçus		Services étaient requis mais n'ont pas été reçus		Les services n'étaient pas requis		Inconnu si les services ont été requis ou reçus	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
T.-N.-L.	32	29,6	X ^a	X	44	40,7	29	26,9
Î.-P.-É.	12	21,1	X	X	36	63,2	X	X
N.-É.	93	20,9	X	X	234	52,6	115	25,8
N.-B.	38	13,4	X	X	202	71,4	40	14,1
Qc	662	11,0	12	0,2	4 164	69,4	1 160	19,3
Ont.	2 227	45,0	49	1,0	1 699	34,4	969	19,6
Man.	56	30,1	X	X	51	27,4	78	41,9
Sask.	283	83,0	23	6,7	34	10,0	X	X
Alb.	380	34,0	16	1,4	402	36,0	319	28,6
C.-B.	1 563	52,2	51	1,7	1 061	35,4	322	10,7
Yn	7	50,0	X	X	6	42,9	0	0,0
T.N.-O.	6	85,7	0	0,0	X	X	0	0,0
Nt	0	0,0	0	0,0	X	X	0	0,0

^a « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.

Le **tableau C.8** montre le lieu de résidence des personnes ayant reçu l'AMM, réparti par province et territoire. Les résidences privées (y compris les établissements de soins de longue durée) étaient l'endroit le plus fréquemment signalé dans l'ensemble des provinces et territoires.

Tableau C.8 : Lieu de résidence des personnes ayant reçu l'AMM, par province ou territoire

Province ou territoire	Hôpital	Établissement de soins palliatifs	Établissement de soins résidentiels	Résidence privée	Inconnu	Autres
T.-N.-L.	X ^a	8	10	86	0	0
Î.-P.-É.	X	X	0	54	0	0
N.-É.	21	10	24	388	X	X
N.-B.	23	28	17	214	0	X
Qc	165	297	252	5 181	70	30
Ont.	36	71	177	4 641	5	14
Man.	6	X	11	165	0	0
Sask.	24	11	38	263	X	X
Alb.	31	58	84	662	38	8
C.-B.	23	99	162	2 529	45	11
Yna	0	0	X	12	0	0
T.N.-O.	X	0	0	6	0	0
Nt	0	0	0	X	0	0

^a « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.

Le **tableau C.9** fournit des informations sur le nombre de praticiens uniques de l'AMM et leur charge de travail, par province et territoire. Le Québec comptait plus de praticiens uniques que toutes les autres provinces réunies. À l'Île-du-Prince-Édouard, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, tous les praticiens uniques étaient médecins (c'est-à-dire qu'aucun n'était infirmier praticien). La proportion de praticiens uniques qui étaient médecins était la plus faible en Saskatchewan (71,4 %), ce qui signifie que 28,6 % des praticiens uniques étaient des infirmiers praticiens dans cette province. Le Québec comptait la plus forte proportion de praticiens ayant administré l'AMM une seule fois. La Colombie-Britannique comptait la plus forte proportion de praticiens ayant administré l'AMM 11 fois ou plus.

Tableau C.9 : Praticiens uniques et administrations d'AMM, par province

Province ou territoire	Praticiens uniques		Praticiens effectuant 1 administration		Praticiens effectuant 2 à 10 administrations		Praticiens effectuant 11 administrations ou plus	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
T.-N.-L.	31	90,3	12	38,7	18	58,1	X ^a	X
Î.-P.-É.	12	100,0	X	X	7	58,3	X	X
N.-É.	54	76,7	15	27,8	30	55,6	9	16,7
N.-B.	40	95,0	11	27,5	20	50,0	9	22,5
Qc	1261	97,3	556	44,1	580	46,0	125	9,9
Ont.	482	89,6	104	21,6	265	55,0	113	23,4
Man.	20	95,0	X	X	12	60,0	X	X
Sask.	41	71,4	11	26,8	23	56,1	7	17,1
Alb.	127	85,0	29	22,8	61	48,0	37	29,1
C.-B.	195	86,7	32	16,4	92	47,2	71	36,4
Yna	6	100,0	X	X	X	X	0	0,0
T.N.-O.	6	100,0	X	X	X	X	0	0,0
Nt	X	X	X	X	0	0,0	0	0,0

^a « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.

Le **tableau C.10** fournit des informations sur le lieu d'administration de l'AMM, par province et territoire. Les données montrent que l'administration de l'AMM avaient généralement lieu soit dans des hôpitaux, soit dans des résidences privées.

Tableau C.10 : Lieu d'administration de l'AMM, par province ou territoire

Province ou territoire	Hôpital ^a		Établissement de soins palliatifs ^b		Établissement de soins résidentiels ^c		Résidence privée ^d		Autre ^e	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
T.-N.-L.	39	36,1	27	25,0	7	6,5	33	30,6	X ^f	X
Î.-P.-É.	26	45,6	9	15,8	0	0	22	38,6	0	0
N.-É.	140	31,5	83	18,7	19	4,3	198	44,5	5	1,1
N.-B.	82	29,0	92	32,5	13	4,6	95	33,6	X	X
Qc	2 103	35,1	1 841	30,7	345	5,8	1 688	28,1	18	0,3
Ont.	1 297	26,2	987	20,0	148	3,0	2 376	48,1	136	2,8
Man.	65	34,9	39	21,0	8	4,3	73	39,2	X	X
Sask.	144	42,2	35	10,3	34	10,0	110	32,3	18	5,3
Alb.	363	32,5	291	26,1	86	7,7	368	32,9	9	0,8
C.-B.	799	26,7	702	23,4	233	7,8	1 177	39,3	86	2,9
Yn	6	42,9	X	X	X	X	X	X	0	0
T.N.-O.	5	71,4	0	0	X	X	X	X	0	0
Nt	0	0	0	0	0	0	X	X	X	X

^a Exclut les lits ou unités de soins palliatifs

^b Comprend des lits/unités de soins palliatifs en milieu hospitalier et les maisons de soins palliatifs

^c Inclut les établissements de soins de longue durée

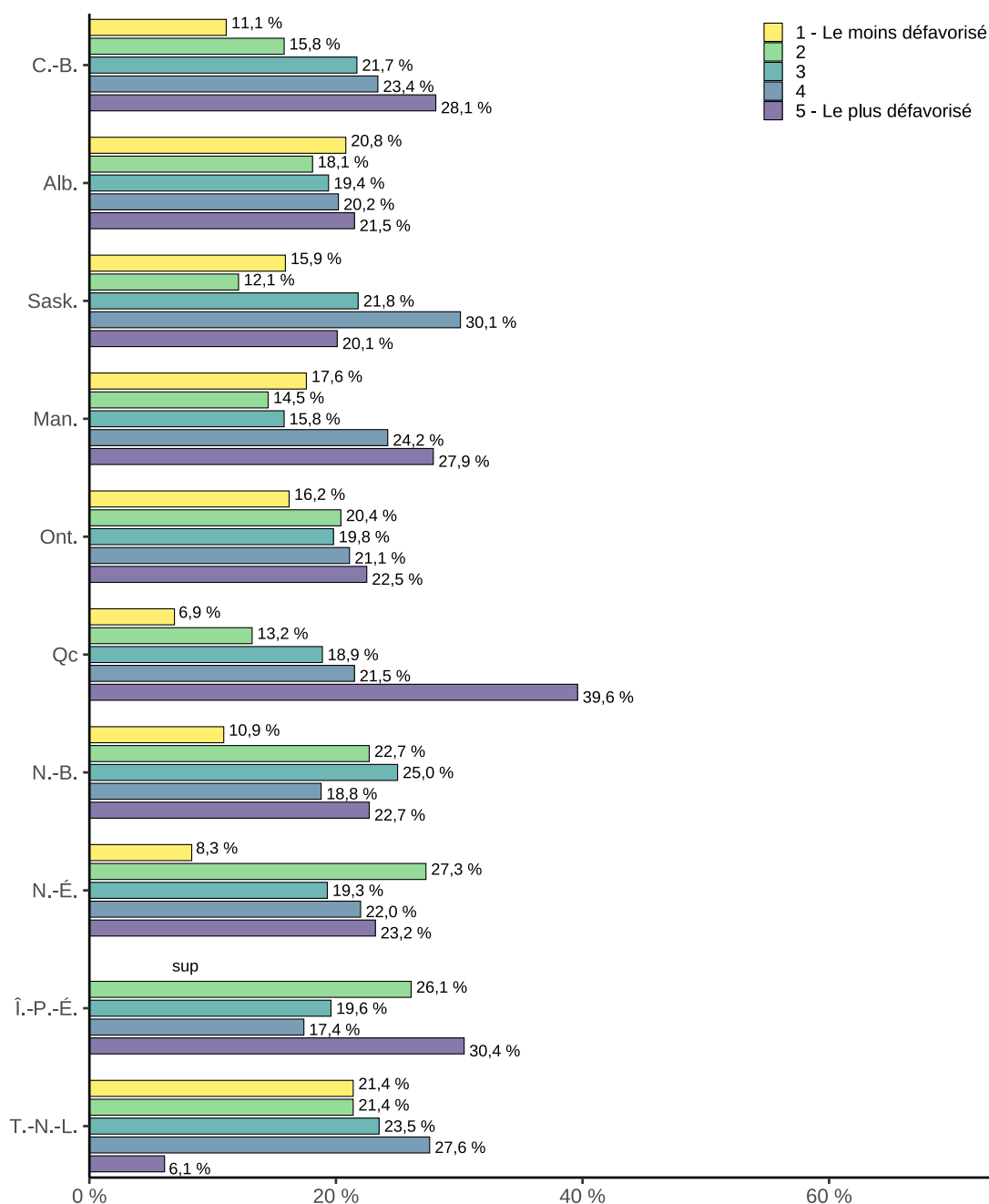
^d Inclut les maisons de retraite

^e Comprend (1) les locaux destinés à la prestation de services dans la collectivité, (2) les salons funéraires, (3) les chambres d'hôtel, de location ou de loisirs, (4) les soins non hospitaliers et communautaires, et (5) d'autres endroits qui ne font partie d'aucun de ces groupes

^f « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.

La **figure C.1** présente la mesure de « l'instabilité résidentielle » de l'ICDM par province. Terre-Neuve-et-Labrador avait la plus grande proportion de bénéficiaires de l'AMM vivant dans des quartiers classés comme « moins défavorisés » selon cette mesure, avec 21,4 %, tandis que l'Île-du-Prince-Édouard avait la plus faible proportion à 6,5 %. Le Québec comptait la plus grande proportion de bénéficiaires de l'AMM vivant dans des quartiers qualifiés de « plus défavorisés » selon cette mesure, avec 39,6 %, tandis que Terre-Neuve-et-Labrador avait la plus faible proportion à 6,1 %. Les mesures de l'ICDM, ainsi que les analyses correspondantes au niveau national, sont expliquées à la **section 4.5**.

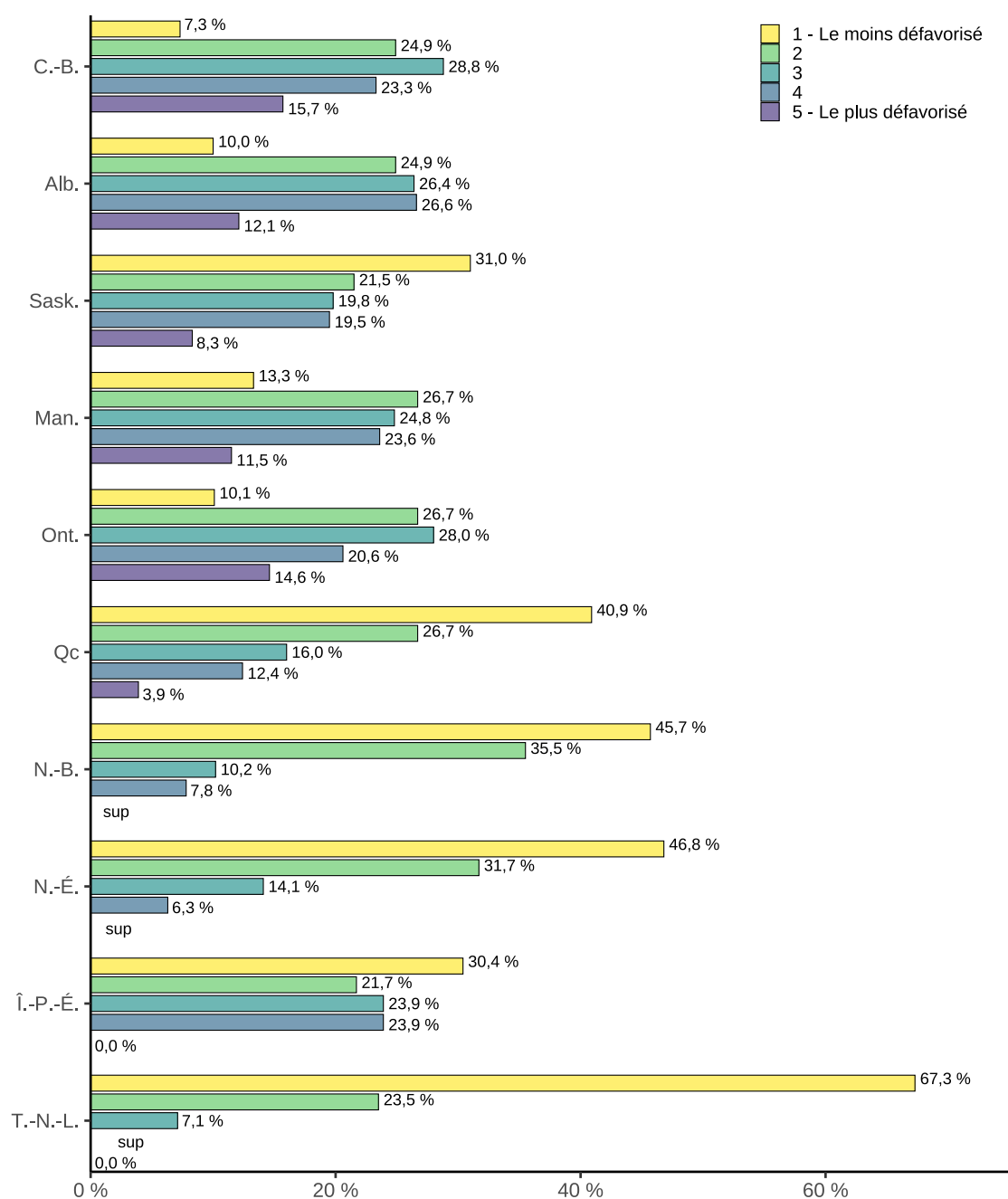
Figure C.1 : Indice canadien de défavorisation multiple – instabilité résidentielle, par province





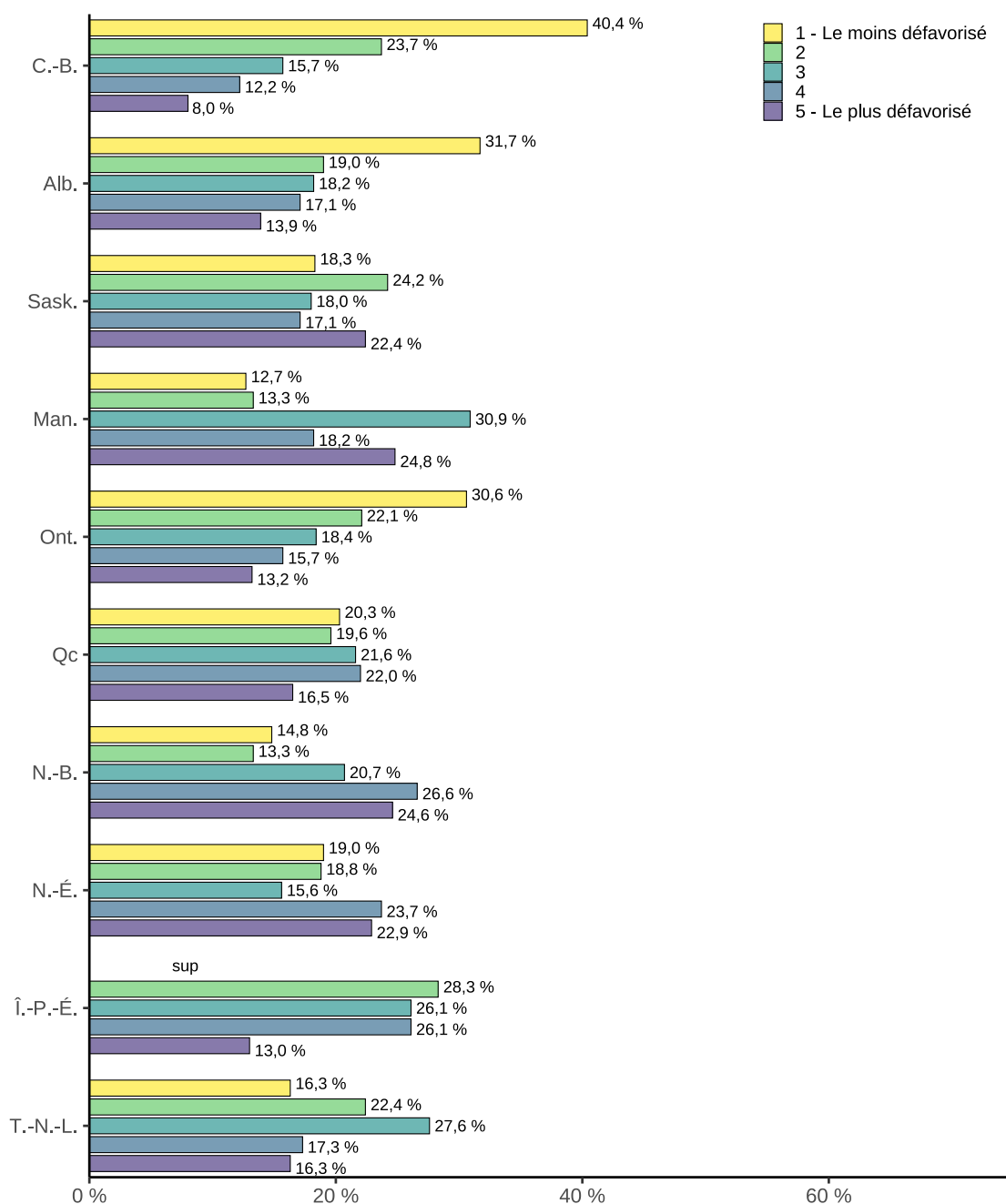
La **figure C.2** présente la mesure de la « dépendance économique » de l'ICDM par province. Terre-Neuve-et-Labrador comptait la plus grande proportion de bénéficiaires de l'AMM vivant dans des quartiers qualifiés de « moins défavorisés » selon cette mesure, avec 67,3 %, tandis que la Colombie-Britannique avait la plus faible proportion à 7,3 %. La Colombie-Britannique comptait la plus grande proportion de bénéficiaires de l'AMM vivant dans des quartiers qualifiés de « plus défavorisés » selon cette mesure, avec 15,7 %, tandis que le Québec avait la plus faible proportion à 3,9 %. Les mesures de l'ICDM, ainsi que les analyses correspondantes au niveau national, sont expliquées à la **section 4.5**.

Figure C.2 : Indice canadien de défavorisation multiple – dépendance économique par province



La **figure C.3** présente la mesure de la « vulnérabilité situationnelle » de l'ICDM par province. La Colombie-Britannique comptait la plus grande proportion de bénéficiaires de l'AMM vivant dans des quartiers qualifiés de « moins défavorisés » selon cette mesure, avec 40,4 %, tandis que le Manitoba avait la plus faible proportion à 12,7 %. Le Nouveau-Brunswick comptait la plus grande proportion de bénéficiaires de l'AMM vivant dans des quartiers qualifiés de « plus défavorisés » selon cette mesure, avec 24,6 %, tandis que la Colombie-Britannique avait la plus faible proportion à 8,0 %. Les mesures de l'ICDM, ainsi que les analyses nationales correspondantes, sont expliquées à la **section 4.5**.

Figure C.3 : Indice canadien de défavorisation multiple – vulnérabilité situationnelle par province



Annexe D : Demandes d'AMM, admissibilité et exigences procédurales

Le **tableau D.1** montre les résultats des demandes précédentes d'AMM parmi les bénéficiaires de l'AMM, par voie. En considérant le nombre de cas d'AMM de la voie 1 (15 767) et la voie 2 (732). Il y avait proportionnellement plus de demandes antérieures faites par des personnes recevant l'AMM dans la voie 2 que dans la voie 1. Le résultat le plus courant des demandes antérieures d'AMM était que la personne avait été évaluée et jugée inadmissible. Cela a été signalé dans 29,7 % des demandes antérieures d'AMM dans la voie 1 et dans 37,0 % des demandes antérieures d'AMM dans la voie 2.

Tableau D.1 : Résultats des demandes antérieures d'AMM des bénéficiaires de l'AMM, par voie

Résultat de la demande antérieure d'AMM	Voie 1		Voie 2	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
Évaluée et jugée inadmissible	132	29,7	20	37,0
Évaluée et jugée admissible, mais la personne a retiré sa demande	63	14,2	11	20,4
Évaluée et jugée admissible, mais beaucoup de temps s'est écoulé depuis l'évaluation	45	10,7	X ^a	X
Demande non traitée	98	22,1	11	20,4
Autre	40	9,0	X	X
La personne n'a pas procédé à une évaluation complète	49	11,0	7	13,0
Impossible de trouver un prestataire	16	3,6	0	0,0
Total	443	100,0	54	100,0

^a « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.

Le **tableau D.2** indique la provenance des demandes d'AMM reçues par les praticiens, par voie. Dans la plupart des cas, les praticiens recevaient des demandes d'un service de coordination des soins, d'un autre praticien ou d'un évaluateur préliminaire, ou directement de la personne.

Tableau D.2 : Provenance des demandes d'AMM reçues par les praticiens, par voie

Provenance	Voie 1		Voie 2	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
Service de coordination des soins	8 072	51,2	400	54,6
Autre praticien ou responsable des évaluations préliminaires	3 617	22,9	123	16,8
Patient directement	3 573	22,7	194	26,5
Infirmier	179	1,1	X ^a	X
Membre de la famille	108	0,7	X	X
Travailleur social	104	0,7	5	0,7
Dans le cadre des soins de santé (y compris les soins palliatifs, les dossiers des patients et les cliniques)	76	0,5	0	0,0
Autre tierce partie	38	0,2	X	X

^a « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.

Le **tableau D.3** montre la spécialité principale des médecins qui ont administré l'AMM, par voie. Comme il est indiqué dans le tableau, la majorité des médecins qui administraient l'AMM travaillaient dans la spécialité de la médecine familiale, suivie par la médecine palliative, les soins intensifs et la médecine d'urgence.

Tableau D.3 : Spécialité des prestataires d'AMM, par voie

Principal domaine de spécialité du médecin	Voie 1 ^a		Voie 2 ^a	
	Nombre	Pourcent (%)	Nombre	Pourcent (%)
Médecine familiale	8 971	64,6	461	67,4
Médecine palliative	2 505	18,1	73	10,7
Soins intensifs et médecine d'urgence	732	5,3	68	9,9
Anesthésiologie	670	4,8	17	2,5
Médecine interne	601	4,3	42	6,1
Oncologie	177	1,3	X ^b	X
Psychiatrie	112	0,8	7	1,0
Chirurgie	65	0,5	13	1,9
Autre	45	0,3	X	X

^a Plus d'une option pouvait être sélectionnée. Les totaux dépasseront 100 %.

^b « X » supprimé pour des raisons de confidentialité.

Le **tableau D.4** montre les types d'établissements où les bénéficiaires de l'AMM ont reçu des soins palliatifs. Les soins palliatifs à domicile étaient le milieu le plus fréquemment déclaré, suivis des soins hospitaliers en milieu hospitalier.

Tableau D.4 : Type d'établissement où des soins palliatifs ont été reçus

Location	Nombre	Pourcent (%)
À domicile	7 043	42,0
À l'hôpital (hospitalisation)	4 753	28,3
À l'hôpital (soins palliatifs)	2 135	12,7
Dans une clinique médicale ou ambulatoire en milieu hospitalier/service ambulatoire	1 201	7,2
En maison de soins palliatifs	1 184	7,1
En établissement de soins de longue durée	364	2,2
Inconnu	98	0,6

