



ÉNONCÉ DE POSITION

Aide médicale à mourir (AMM)

Introduction

Fidèle à son Code d'éthique, l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux (ACTS) s'emploie à faire progresser les politiques publiques. Deux valeurs guident son action : respecter la dignité de toutes les personnes et promouvoir la justice sociale par un accès équitable aux soins de santé et aux services sociaux financés par l'État.

Le présent énoncé traduit en actes la promesse du Code : un soutien juste et inclusif pour toute la population canadienne. Dans le contexte de l'aide médicale à mourir (AMM), l'ACTS demande au gouvernement fédéral de protéger l'autodétermination tout en s'attaquant aux iniquités structurelles et aux obstacles aux soins qui façonnent la souffrance — surtout chez les personnes qui subissent des formes d'oppression croisées.

L'ACTS presse le gouvernement fédéral de collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec les systèmes de santé et de services sociaux afin de :

1. Préciser, dans chaque voie, la finalité des interventions professionnelles, comme l'évaluation

Les interventions professionnelles, comme l'évaluation, devraient cerner les facteurs sociaux et structurels qui nourrissent les souffrances intolérables et ouvrir l'accès aux soutiens pertinents. Elles renforceraient ainsi le choix libre et éclairé — sans dresser d'obstacles paternalistes.

2. Doter les soutiens à la pratique des ressources nécessaires

Dans les deux voies, les intervenantes et intervenants ont besoin de soutiens solides et bien financés : formation, équipes interprofessionnelles d'AMM, capacité d'orientation dans les services et temps suffisant. Les travailleuses et travailleurs sociaux comme les équipes d'AMM pourront alors dépasser les cases à cocher et coordonner des interventions qui allègent concrètement la souffrance.

3. Rendre accessibles en temps utile les moyens de soulager la souffrance

Dans les voies 1 et 2, les gouvernements et les systèmes de santé doivent garantir un accès en temps utile aux services qui soulagent la souffrance : logement, soins palliatifs, soins à domicile, soins de longue durée, soutiens aux personnes handicapées et en santé mentale. Ils doivent aussi recueillir systématiquement des données sur les besoins non comblés. Ainsi, jamais l'absence ou l'inaccessibilité d'un soutien ne dictera une décision relative à l'AMM.

4. **Instaurer un revenu de base**

Un revenu de base garanti s'impose pour réduire, dans les deux voies, les demandes d'AMM motivées par la pauvreté. En stabilisant le logement, l'alimentation et l'accès aux soins, il empêcherait la privation de peser indûment sur les décisions de fin de vie.

5. **Uniformiser les données nationales des deux voies**

Le Canada a besoin d'orientations nationales plus solides pour recueillir des données cohérentes sur les voies 1 et 2, notamment sur les facteurs sociaux, structurels et économiques. Les travailleuses et travailleurs sociaux devraient aider à concevoir et à exploiter ces données. Elles éclaireront la recherche, renforceront la reddition de comptes et nourriront des politiques plus équitables.

6. **Créer un dépôt public de données protégeant la vie privée**

Un dépôt national de données, couvrant les deux voies et protégeant la vie privée, devrait voir le jour. Il ouvrirait la porte à une recherche indépendante qui favorise la transparence, éclaire la pratique et stimule l'amélioration continue de la qualité — tout en préservant la confidentialité des renseignements personnels.

7. **Instaurer une surveillance nationale et des audits indépendants**

Un comité national, où siégerait le travail social, devrait superviser la publication régulière de rapports publics et la tenue d'audits interdisciplinaires indépendants de l'AMM dans les deux voies. Ce comité assurerait la reddition de comptes et examinerait l'effet des politiques sur les choix individuels comme sur la performance du système. Il renforcerait ainsi la confiance du public.

Contexte

Admissibilité à l'AMM des personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'un handicap

À son instauration au Canada, en 2016, l'AMM n'était offerte qu'aux personnes dont la mort naturelle était jugée « raisonnablement prévisible ». Des contestations judiciaires ont ensuite mené le Parlement à modifier la loi en mars 2021 et à créer deux voies : la voie 1, pour les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, et la voie 2, pour celles dont elle ne l'est pas. Dans les deux cas, la personne qui fait la demande doit remplir les critères d'admissibilité du Code criminel, dont celui d'être affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables. La voie 2 a toutefois éveillé une inquiétude : le capacitisme, l'âgisme, la pauvreté et d'autres déterminants sociaux pourraient faire pression sur les groupes privés d'équité.

Exclusion de la maladie mentale

Le gouvernement fait face à des recours pour discrimination parce qu'il exclut les personnes dont le seul problème médical invoqué est une maladie mentale. Actuellement, le paragraphe 241.2(2.1) du Code criminel prévoit ceci : « (2,1) Pour l'application de l'alinéa (2)a), la maladie mentale n'est pas considérée comme une maladie, une affection ou un handicap. »¹ Autrement dit, une personne dont le seul

¹ <https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/ad-am/bk-di.html>

problème médical est une maladie mentale ne remplit pas l'exigence d'être « affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables », même si elle satisfait à tous les autres critères de l'AMM.

Le Parlement a prolongé jusqu'au 17 mars 2027 l'exclusion temporaire des personnes dont le seul problème médical invoqué est une maladie mentale. En octobre 2026, le gouvernement fédéral a annoncé son intention de déposer un projet de loi qui maintiendrait cette exclusion pour une durée indéterminée et décriminaliserait les demandes anticipées, sous certaines conditions provinciales. Cette proposition reste pour l'instant un engagement politique : elle devra franchir toutes les étapes du processus parlementaire avant d'avoir force de loi.

L'ACTS et l'AMM

L'ACTS participe de plusieurs façons aux débats sur l'AMM. En 2015, elle publiait un énoncé de principes conciliant l'autodétermination et la protection des groupes marginalisés. En 2016, son document de discussion réclamait que le Code criminel reconnaisse le travail social, notamment en précisant que les travailleuses et travailleurs sociaux ne seraient pas poursuivis pour avoir discuté de l'AMM avec leur clientèle. En 2018, un autre énoncé recommandait d'ouvrir l'AMM, dans certaines circonstances, aux mineurs matures et aux demandes anticipées. En juin 2026, la fédération de l'ACTS a convenu de confier à son personnel la rédaction d'un énoncé de position sur le rôle important des travailleuses et travailleurs sociaux dans l'AMM. Pour ancrer ce texte dans la recherche actuelle et les pratiques exemplaires, le personnel a collaboré avec le membre du conseil d'administration de l'ACTS pour l'Île-du-Prince-Édouard ainsi qu'avec des chercheuses et chercheurs des universités McGill et McMaster. Le présent énoncé traite des deux voies. Leurs mesures de sauvegarde juridiques et leurs contextes pronostiques diffèrent, certes, mais les mêmes questions s'y posent : besoins non comblés, iniquités d'accès, accès aux soutiens.

Rapport fédéral sur l'AMM

Depuis la légalisation de l'AMM en 2016, le gouvernement a publié six rapports annuels en vertu du Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir. Ces rapports couvrent les années civiles 2019 à 2024 ; le sixième est paru à la fin de 2025. En voici les grandes lignes.

Le Sixième rapport annuel dresse le bilan des demandes, des évaluations et des cas d'AMM au Canada pour l'année civile 2024. Les cas de la voie 1 y ont plus que doublé : de 7 451 en 2020, ils sont passés à 15 767 en 2024.

En 2024, 16 499 personnes ont reçu l'AMM : 15 767 dans la voie 1 (95,6 %) et 732 dans la voie 2 (4,4 %). Parmi les demandes résolues, 1 327 personnes ont été jugées inadmissibles (voie 1 : 44,2 % ; voie 2 : 24,2 %), 692 ont retiré leur demande (voie 1 : 58,1 % ; voie 2 : 16,8 %) et 4 017 sont mortes d'une autre cause (voie 1 : 90,7 % ; voie 2 : 1,6 %).

Depuis 2021, année de sa création, la voie 2 compte chaque année plus de cas déclarés : de 18, ils sont passés à 732 en 2024. Cette croissance appelle toutefois la prudence, d'autant que la voie 2 ne représente qu'une faible part de l'ensemble des cas d'AMM. Le nombre total de cas reste limité, et les

hausse peuvent tenir à la jeunesse de cette voie comme à l'évolution de la capacité du système — notamment un bassin relativement restreint d'évaluatrices et d'évaluateurs. Impossible, à ce stade, de tirer des conclusions fermes sur la croissance à long terme.

Le rapport fédéral détaille les données démographiques sur les bénéficiaires des voies 1 et 2. Pourtant, les données normalisées ne suffisent pas à comprendre comment la pauvreté, les besoins non comblés systémiques et d'autres déterminants sociaux façonnent les demandes de la voie 2. Comment démêler, avec ces seules données, les liens entre la perte fonctionnelle, l'isolement, la solitude et la décision de demander l'AMM ?

Rôle du travail social

Dans les deux voies, les travailleuses et travailleurs sociaux jouent un rôle crucial dans trois sphères : la pratique, la réglementation et la formation. Dans la pratique, ils soutiennent l'autodétermination : ils aident les personnes à comprendre leurs options, documentent les sources sociales et structurelles de leurs souffrances intolérables et les orientent vers des soutiens adaptés à leurs besoins. Au sein des instances de réglementation, ils contribuent à concevoir et à superviser des mesures de sauvegarde, des normes de données et des processus de reddition de comptes qui placent l'équité et les conditions sociales au premier plan. Comme formateurs, ils préparent les professionnels d'aujourd'hui et de demain à reconnaître les déterminants sociaux, à s'orienter dans des systèmes complexes, à recueillir et à interpréter des données significatives, et à combattre la marginalisation et l'exclusion systémiques. Les recommandations qui suivent découlent de ces rôles.

Recommandations

L'ACTS recommande au gouvernement fédéral de collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec les systèmes de santé et de services sociaux afin de :

1. Préciser, dans chaque voie, la finalité des interventions professionnelles, comme l'évaluation

Le Code criminel uniformise à l'échelle fédérale les critères d'admissibilité de base et les mesures de sauvegarde juridiques de l'AMM. La prestation concrète, la surveillance et les orientations professionnelles varient toutefois d'une province et d'un territoire à l'autre. Les textes fédéraux décrivent d'ailleurs les mesures de sauvegarde de la voie 2 de diverses façons : certains insistent sur les étapes du consentement éclairé, d'autres sur l'attention à porter aux sources de souffrance et de vulnérabilité. Pour la voie 2, le Code criminel exige généralement une période d'évaluation d'au moins 90 jours francs, sauf si la personne risque de perdre sous peu sa capacité et que les évaluations peuvent se terminer plus tôt. Cette période permet d'évaluer rigoureusement l'admissibilité et de s'assurer que la personne connaît les moyens disponibles et appropriés de soulager ses souffrances. Les besoins de soutien non comblés et les soutiens inaccessibles y prennent ainsi un poids particulier. Des lacunes semblables peuvent survenir dans la voie 1, certes, mais les mesures de sauvegarde juridiques diffèrent ; les politiques devraient donc respecter le contexte propre à chaque voie. Les interventions

professionnelles, comme l'évaluation, ont besoin d'une finalité plus claire : comprendre les contextes sociaux et structurels qui sous-tendent la souffrance intolérable, unique à chaque personne, et ouvrir l'accès aux soutiens pertinents. Cette approche renforce l'autonomie, car elle aide à garantir un choix pleinement éclairé — et non dicté par des besoins non comblés.

Dans la voie 2, les mesures de sauvegarde devraient permettre de cerner, autant que possible, les moyens appropriés de soulager les souffrances intolérables, y compris les soutiens qui agissent sur les déterminants sociaux et structurels de la santé. Cette lecture dépasse les cases à cocher : elle vise une évaluation porteuse de sens, sans obstacles paternalistes. Plutôt que de restreindre l'admissibilité au nom de présupposés rigides ou capacitistes, les mesures de sauvegarde devraient faire connaître les soutiens et en élargir l'accès. Les travailleuses et travailleurs sociaux peuvent aider les personnes à décider en toute connaissance de cause : comprendre leurs options, s'orienter dans les services, surmonter les obstacles. Leur travail élargit l'éventail des choix sans retarder l'accès pour de simples raisons administratives.

2. Doter les soutiens à la pratique des ressources nécessaires

Des soutiens à la pratique efficaces exigent de la formation, des équipes interprofessionnelles d'AMM, une capacité d'orientation dans les services et du temps pour les évaluations complexes. Les cas de la voie 2 peuvent demander une mobilisation précoce, un examen des dossiers et une coordination soutenue. Sans ces ressources, l'accès aux soutiens appropriés risque de s'effriter ou de se réduire à une liste de vérification administrative. Avec elles, les travailleuses et travailleurs sociaux et les équipes d'AMM peuvent réduire activement la souffrance — en coordonnant les interventions et en défendant les droits.

3. Rendre les moyens de soulager la souffrance accessibles en temps utile

Pour soulager leurs souffrances et bien vivre avec un handicap ou une maladie chronique, les personnes ont besoin de véritables options, accessibles et offertes en temps utile : logement, soins à domicile, soins de longue durée, soutien par les pairs, soutiens aux personnes handicapées, soins de santé mentale et soins palliatifs à domicile. Les soins palliatifs, par exemple, donnent accès à du soutien, notamment à des médicaments autrement hors de portée.

Or, de nombreuses études le montrent : ces soutiens sont souvent limités par de longs délais d'attente, des lacunes dans la couverture et des services difficiles d'accès. Les communautés de personnes handicapées et les personnes atteintes d'une maladie chronique signalent aussi d'importants écarts régionaux dans l'accès aux moyens de soulager la souffrance. Dans quelle mesure l'absence ou l'inaccessibilité des soutiens pèse-t-elle sur la décision de demander l'AMM ? Nul ne le sait encore. Pour combler cette lacune, il faut recueillir des données solides et s'en servir pour orienter les politiques et la pratique — auprès des personnes, au sein des équipes et à l'échelle du pays. Quand les souffrances intolérables restent mal comprises et que les options pertinentes manquent ou arrivent trop tard, le choix se rétrécit.

4. Instaurer un revenu de base

Un revenu plancher stable aide à écarter la pauvreté comme moteur des demandes d'AMM. La pauvreté figure parmi les grands déterminants de la santé et du bien-être : quand le revenu vacille, le logement, l'alimentation et les soins deviennent incertains. Un revenu de base réduit le risque que la privation pèse sur la décision de recourir à l'AMM. Ce cadre s'avère d'autant plus pertinent que les pratiques, les processus et l'accessibilité de l'AMM varient d'un bout à l'autre du pays. Chaque province et chaque territoire a son propre modèle de prestation de services et ses propres ressources : certaines provinces offrent des services centralisés spécialisés, d'autres s'appuient sur les parcours existants des praticiens².

5. Renforcer les orientations nationales pour normaliser les données sur les demandes d'AMM, surtout dans la voie 2

La voie 2 ne représente encore qu'une infime part des cas : en 2024, elle comptait pour 4,4 % de l'ensemble des cas d'AMM au Canada (732 sur 16 499)³. On sait donc peu de choses des facteurs qui amènent une personne, dans la voie 2, à retirer sa demande ou à recevoir l'AMM. Les rapports fédéraux ne recueillent ni ne publient de données sur le revenu individuel par voie : d'importantes questions sur la vulnérabilité économique et sociale dans la voie 2 restent ainsi en suspens.

De plus, les rapports fédéraux actuels saisissent mal les facteurs sociaux, structurels et économiques qui contribuent aux demandes de la voie 2. Le Canada dispose de systèmes bien établis pour recueillir certaines données sur l'AMM, mais il en sait peu sur les contextes et les facteurs qui motivent les demandes. Les orientations nationales devraient soutenir une collecte normalisée de données sur les besoins non comblés, sur l'accès aux services et sur la manière dont l'accès aux soutiens influe sur l'issue des demandes d'AMM.

Les travailleuses et travailleurs sociaux peuvent contribuer à élaborer, à recueillir et à utiliser des données normalisées sur les facteurs sociaux, structurels, culturels et cliniques. Indispensables, ces données soutiennent la recherche, la reddition de comptes et l'amélioration des politiques dans une optique d'équité. Elles peuvent aussi révéler dans quelle mesure l'accès aux soutiens et aux ressources influe sur les demandes d'AMM.

Au sein des équipes d'AMM, les travailleuses et travailleurs sociaux savent saisir la situation singulière de chaque personne. Ils jouent un rôle clé : documenter les expériences de souffrance intolérable, cerner les besoins non comblés et repérer les obstacles qui peuvent alimenter cette souffrance. Analysés, ces constats peuvent aider à systématiser des interventions adaptées au contexte de chacun. Par leur sens de la nuance, ces professionnels élargissent la compréhension des situations et peuvent aider à traduire les expériences vécues en systèmes de soutien plus attentifs aux besoins.

L'AMM exige une surveillance continue et systématique, appuyée par des données solides. Il faut recueillir de façon cohérente et normalisée des renseignements sociodémographiques et

² <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-on-aging-la-revue-canadienne-du-vieillessement/article/medical-assistance-in-dying-alberta-approach-and-policy-analysis/C40F7F37512122CF6825287D59962E16>

³ <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/rapport-annuel-aide-medicale-mourir-2024.html>

socioéconomiques sur les personnes qui demandent et reçoivent l'AMM. Il faut aussi coupler les dossiers individuels d'AMM avec les données administratives sociales et de santé, comme celles des soins à domicile, ainsi qu'avec les données régionales sur l'offre de services et les délais d'attente. Une approche intégrée des données suppose une action concertée des gouvernements provinciaux et territoriaux et des secteurs de la santé et des services sociaux.

6. Créer un dépôt public de données protégeant la vie privée

Il faut rendre les données accessibles, sous des règles strictes de protection de la vie privée, pour que la recherche indépendante puisse éclairer la pratique et les politiques. L'accès public favorise la transparence et l'amélioration continue de la qualité, tout en protégeant les personnes. Grâce à des données normalisées, protégées et encadrées par des règles de gouvernance claires, les équipes de recherche indépendantes pourraient examiner trois questions : comment l'accès à l'AMM varie selon les régions et les populations ; comment les mesures de sauvegarde fonctionnent en pratique ; comment les facteurs sociaux, économiques et liés au système de santé façonnent les demandes et leur issue. Ces travaux nourriront à leur tour des politiques fondées sur des données probantes, aideront à repérer les iniquités et les conséquences imprévues, et soutiendront l'amélioration continue de la qualité aux échelons local, provincial ou territorial, et national. Publiques mais protégées, ces données renforceront aussi la transparence et la reddition de comptes, et ancreront les débats comme les décisions dans des données probantes solides et partagées.

7. Créer un comité national chargé de superviser la publication régulière de rapports publics et la tenue d'audits interdisciplinaires indépendants

Une surveillance nationale garantirait la confiance du public. Rendre des comptes, c'est publier des rapports transparents, mener des audits indépendants et examiner l'effet des politiques sur les choix individuels comme sur la performance du système. Portée par les collectivités, la reddition de comptes aide à repérer les lacunes, à stimuler l'amélioration et à soutenir un choix véritable plutôt qu'une simple conformité procédurale. Le travail social doit prendre part à ce processus : représenté au comité national, il doit participer activement à la conception, à la mise en œuvre et au suivi de ces systèmes. La surveillance provinciale existante, comme les examens des coroners, le montre déjà : une interprétation clarifiée des mesures de sauvegarde peut améliorer la pratique. La présence du travail social est essentielle pour sonder en profondeur les dimensions sociales de la souffrance.

Conclusion

Grâce aux travailleuses et travailleurs sociaux, le choix devient réel : ils relient les personnes aux soutiens et défendent leurs droits d'un système à l'autre. Renforcer les mesures de sauvegarde, doter la pratique de ressources, élargir les services, stabiliser le revenu, tirer des leçons des données : voilà comment garantir à chaque personne une aide à vivre autant qu'une aide à mourir.