



# Recommandation de positionnement du groupe de réflexion sur l'aide médicale à mourir et les soins de fin de vie

Conseil d'administration  
10 décembre 2021



COLLÈGE  
DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC

## Table des matières

1. Introduction
2. Contexte
3. Enjeux de l'élargissement
4. Considérants
5. Positionnements et recommandations
6. Annexes

# 1. Introduction

Il est de plus en plus question, dans l'actualité, de l'élargissement de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir (AMM), initialement réservée aux personnes répondant à six critères précis.

L'élargissement de l'admissibilité à l'AMM est une question sensible, délicate, voire épineuse, où des dimensions cliniques, éthiques et légales interagissent dans un rapport complexe. À quel problème de santé et à quelles conditions cet élargissement doit-il correspondre ? Sur la base de quels critères ?

Devant ces questions, la population souhaitera entendre la voix du Collège des médecins du Québec (le Collège) et s'attendra à un positionnement clair, reposant sur un argumentaire rationnel et rigoureux. Pour s'y préparer, le Conseil d'administration du Collège (CA) a mis sur pied un groupe de réflexion sur l'aide médicale à mourir et les soins de fin de vie, lors de sa séance du 23 avril 2021.

Le groupe avait pour mandat de procéder à une réflexion approfondie sur l'ensemble des aspects cliniques, éthiques, déontologiques, légaux et organisationnels de l'AMM.

Le Dr Mauril Gaudreault, président du Collège, les Drs Alain Naud et Chantal Vallée, deux administrateurs, le Dr Guy Morissette, membre en exercice impliqué dans les soins de fin de vie, et le Dr André Luyet, directeur général, composent ce groupe, auquel M. Jacques Tétrault, directeur des communications et des affaires publiques, a également contribué.

Le groupe de réflexion a mené des travaux rigoureux pour dégager des lignes directrices permettant un éclairage et une conduite dans l'ensemble des avenues d'élargissement. Au total, le groupe a tenu neuf séances de travail entre le 28 avril et le 14 novembre 2021, dont une journée complète le 18 octobre.

Plusieurs initiatives ont été déployées dans le cadre de ces travaux : appel de mémoire lancé aux membres, consultations sur invitation, sondage auprès du public et des membres, et journée de réflexion. Le groupe de réflexion doit déposer son rapport et proposer un positionnement sur l'élargissement de l'AMM en décembre 2021.

## 2. Contexte

Innovatrice et progressiste à l'époque, la *Loi concernant les soins de fin de vie* (LCSFV) ou loi 2<sup>1</sup> a fait l'objet d'une rare unanimité au sein des parlementaires québécois lors de son adoption et de son entrée en vigueur en 2015. Traitant aussi des soins palliatifs, de la sédation palliative continue et des directives médicales anticipées, la LCSFV ouvrait la porte à l'AMM.

Depuis 2008, le Collège reconnaissait déjà que, dans certaines situations cliniques, l'AMM pouvait être un soin approprié.

La LCSFV énonçait six conditions nécessaires pour qu'une personne puisse recevoir l'AMM :

1. Être assurée au sens de la *Loi sur l'assurance maladie*;
2. Être majeure et apte à consentir aux soins;
3. Être en fin de vie;
4. Être atteinte d'une maladie grave et incurable;
5. Présenter une situation médicale qui se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
6. Éprouver des souffrances physiques ou psychologiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

Dès le départ, le Collège a souhaité participer au débat social, sans s'y substituer, pour laisser ensuite le cadre législatif se mettre en place et revenir à sa mission première de protection du public, en guidant les médecins dans une logique de soins appropriés et en régulant l'exercice professionnel de ses membres à l'intérieur des balises éthiques et déontologiques.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi québécoise, le contexte social a évolué rapidement (acceptabilité, croissance soutenue des AMM, estimées au départ à une centaine annuellement et s'élevant à 2426 en 2021). Le contexte légal a lui aussi évolué (recours au tribunal pour les personnes lourdement handicapées qui n'étaient pas en fin de vie, jugement Baudouin, critère de fin de vie rendu inopérant, adoption du projet de loi fédéral C-7<sup>2</sup> modifiant le *Code criminel*, modification de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* définissant la fonction des IPS).

À deux reprises, la LCSFV a été amendée, d'abord pour rendre inopérant le critère de fin de vie, puis pour permettre le renoncement au consentement final (article 29) pour les personnes en contexte de fin de vie, aptes à consentir, mais susceptibles de perdre cette aptitude entre le moment où la demande est acceptée et le moment où l'AMM est administrée (consentement écrit en présence d'un professionnel de la santé dans les 90 jours précédant la date de l'AMM).

Force est de constater que six ans après son entrée en vigueur, la LCSFV est en décalage avec son époque et qu'une révision en profondeur s'impose.

Le 31 mars 2021, l'Assemblée nationale du Québec a adopté une motion créant la Commission spéciale sur l'évolution de la LCSFV afin d'étudier les enjeux liés à

---

<sup>1</sup> La *Loi concernant les soins de vie* (2014, ch. 2).

<sup>2</sup> *Loi modifiant le Code criminel* (aide médicale à mourir).

l'élargissement de l'AMM pour les personnes en situation d'inaptitude et les personnes souffrant d'un problème de santé mentale, deux situations sur lesquelles le fédéral doit revenir 24 mois après l'adoption du projet de loi C-7, en plus de celle des mineurs matures.

La Commission spéciale a tenu des auditions publiques et une consultation en ligne en deux phases (du 14 au 28 mai 2021, puis du 9 au 24 août 2021).

Le 28 mai 2021, le Collège a présenté un mémoire comportant six recommandations :

1. Réviser la loi actuelle pour l'harmoniser dans les meilleurs délais avec la nouvelle législation fédérale, au bénéfice des patients québécois en fin de vie, notamment en abolissant l'exigence d'un deuxième consentement au moment de l'administration du soin et en incluant la notion de handicap dans celle de « maladie grave et incurable »;
2. Autoriser les demandes d'AMM anticipées, à un stade d'évolution précis et prédéterminé d'un trouble neurocognitif majeur portant atteinte aux valeurs et à la dignité du patient;
3. Autoriser les IPS à prodiguer l'AMM;
4. Considérer les demandes d'AMM pour certains diagnostics de santé mentale, notamment selon la sévérité des symptômes et de l'atteinte du fonctionnement global;
5. Poursuivre la réflexion sur l'élargissement de la loi actuelle pour englober les mineurs émancipés;
6. Mettre en place un mécanisme systématique de documentation et d'examen des demandes d'AMM refusées, retirées ou non administrées.

La Commission spéciale a reçu une cinquantaine de mémoires, déposés par des personnes (dont six médecins) à titre individuel et par des organismes tels que des ordres professionnels, des organisations syndicales, des associations ou des groupes de soutien et de défense de droits.

Les avis formulés étaient majoritairement favorables à un élargissement de l'AMM, tout en rappelant l'importance de rendre accessibles des soins palliatifs de qualité, en exprimant certaines réserves, en appelant à la prudence et en demandant des balises claires pour éviter toute dérive.

## **2.1 Sondage auprès des médecins et de la population**

Pour obtenir un portrait conforme de l'acceptabilité de l'élargissement de l'AMM, le Collège a mené une consultation double, simultanément auprès de l'ensemble des médecins et des citoyens québécois. Plus de 1 400 médecins et plus de 1 000 citoyens ont répondu au sondage de la firme SOM (voir annexe 1).

Il en ressort que près de 75 % des médecins et des citoyens appuient de manière catégorique l'AMM. De plus, 64 % des médecins et 78 % des citoyens sont favorables au principe du consentement anticipé dans les cas de maladie grave et incurable.

De manière plus détaillée, 81 % des médecins appuient la *Loi concernant les soins de fin de vie*, alors que la population s'y montre encore plus favorable (85 %). En ce qui concerne l'AMM, dans les cas touchant la santé mentale, la majorité de la population s'y montre favorable (61 %), alors que l'appui des médecins n'atteint pas la majorité (42 %).

En ce qui a trait aux conditions d'admissibilité à l'AMM, la moitié des médecins (51 %) sont d'avis qu'elles sont suffisantes, tandis que près du quart (22 %) souhaiteraient un accès plus facile. Par ailleurs, la population juge qu'il est trop difficile d'obtenir l'AMM dans une proportion plus élevée que les médecins (36 %).

Quant à la possibilité qu'une personne puisse formuler une demande anticipée d'AMM, 64 % des médecins ont répondu être favorables à ce principe alors que ce résultat frôle les 80 % dans la population. Plus des deux tiers des médecins qui sont favorables à ce mode de consentement estiment que la période de validité de la demande anticipée devrait être d'au moins trois ans, et près de la moitié iraient jusqu'à au moins cinq ans. La population voit les choses du même œil concernant la période de validité.

Le coup de sonde du Collège révèle également que les médecins (81 %) et la population (79 %) sont d'avis que c'est un proche désigné du patient qui devrait avoir le droit de lancer le processus pour l'administration de l'AMM. Par ailleurs, la majorité des médecins (84 %) estime que l'entourage du patient ne devrait pas pouvoir invalider une demande anticipée dans le cas où la personne ne pourrait plus consentir par elle-même. La population (75 %) rejette également ce principe.

Les réponses portant sur des avenues d'élargissement de l'AMM évoquées dans le sondage témoignent d'une certaine prudence au sein de la communauté médicale. Plus précisément, 42 % des médecins sont en faveur de l'administration de ce soin lorsque le principal motif de la demande du patient est en lien avec la santé mentale. 46 % des médecins ont également répondu qu'ils sont d'accord à ce que l'accès à l'AMM soit élargi à des personnes ayant une maladie chronique ou qui sont au premier stade d'une maladie neurodégénérative (49 %). Enfin, 55 % des médecins sont favorables à ce qu'un mineur qui a consenti à recevoir l'AMM puisse l'obtenir. Les réponses recueillies auprès de la population démontrent que celle-ci est plus favorable à ces avenues d'élargissement que les médecins, avec des niveaux d'appui variant entre 61 % et 69 %.

L'AMM est un soin qui touche de près un grand nombre de médecins. Les deux tiers des médecins (68 %) ont déjà été dans une situation où l'AMM a été envisagée et 50 % des médecins affirment connaître une personne dont la situation pourrait requérir l'AMM. Au sein de la population, environ le quart des individus (24 %) déclarent connaître quelqu'un qui se trouve dans une situation où l'AMM pourrait être considérée. Au cours de la dernière année, la proportion de médecins qui ont administré l'AMM est passée de 9 % à 16 %. Cette proportion atteint 26 % chez les médecins de famille.

Le sondage révèle enfin qu'il existe un besoin d'information chez les médecins malgré la perception d'un bon encadrement de la pratique (83 %). Seulement le quart des médecins (26 %) se sentent très bien informés par rapport à l'AMM, alors que 60 % croient qu'ils le sont plutôt bien. Quant à la population, uniquement 10 % des répondants estiment être très bien informés, et plus du tiers jugent être mal informés.

## 3. Enjeux de l'élargissement

### 3.1 La souffrance

Des personnes sont aux prises avec un problème de santé sévère, irréversible et réfractaire aux traitements disponibles et reconnus efficaces, ce qui engendre des souffrances subjectivement insupportables, qu'elles soient déjà présentes ou inéluctables, empêchant toute reprise de contrôle sur leur vie. Pour elles, cette situation entraîne une perte de sens, de dignité et d'espoir.

La souffrance constante, insupportable et inapaisable, est certainement le principal élément qui légitime l'AMM comme soin approprié.

La douleur rencontrée en oncologie ou entraînée par certaines maladies dégénératives est bien reconnue. Toutefois, dans plusieurs autres cas, la souffrance peut emprunter différents visages, notamment chez le nouveau-né, chez la personne atteinte d'un problème de santé mentale sévère, chez une autre atteinte de douleurs chroniques ou encore chez celle présentant un trouble neurocognitif évolutif.

Malgré leur complexité et leurs particularités, ces états ne devraient pas rendre les personnes qui les vivent inadmissibles à l'AMM, leur laissant comme seule option la souffrance.

Il faut reconnaître la souffrance à toutes les étapes de la vie. Elle peut provenir de tous les systèmes du corps humain, ce qui inclut bien évidemment le système psychique. Il faut aussi considérer comme des vecteurs de la souffrance ressentie l'importance qu'accorde la personne à son autonomie et sa conception de la dignité, en accord avec ses valeurs.

L'AMM peut être acceptable et envisagée dans ces situations avec un encadrement, des conditions, des mesures de sauvegarde et des protocoles adaptés. L'inclusion de l'AMM dans les options proposées permettrait d'éviter l'acharnement thérapeutique.

### 3.2 Le consentement

Dans les situations décrites plus haut, l'application du concept d'aptitude à consentir pose problème, soit au stade de la formulation de la demande d'AMM, à l'étape du constat de l'admissibilité ou au moment de recevoir le soin.

Idéalement, il faudrait tendre vers un élargissement de l'admissibilité qui permettrait à toute personne qui présente ou présentera inéluctablement un problème grave de santé (physique ou mentale) qui la rend souffrante, sans qualité de vie ni espoir de soulagement ou de retour éventuel à un état de dignité minimal à ses yeux, de considérer l'AMM parmi les options qui s'offrent à elle. Cela devient une question de responsabilité sociale.

L'information juste et complète devrait éclairer la prise de décision et non l'orienter, en respectant le plus possible le choix de la personne ou de celles habilitées à la représenter.

### 3.3 Les différentes possibilités actuelles relatives à la notion de consentement en lien avec l'AMM

APTITUDE DE LA PERSONNE	PRISE DE DÉCISION
Apte, 14-18 ans	Aucune admissibilité à l'AMM. À réexaminer.
Apte, adulte	La personne décide pour elle-même.
Apte et consciente du risque inéluctable de perdre son aptitude	Aucune admissibilité à l'AMM. À réexaminer.
Devenue inapte sans avoir fait connaître sa volonté	Aucune admissibilité à l'AMM.
Aptitude jamais acquise	0-1 an : aucune admissibilité à l'AMM. À réexaminer. 1-100 ans : aucune admissibilité à l'AMM.

### 3.4 Expériences vécues ailleurs

En règle générale, l'Amérique du Nord a adopté des règles plus strictes qu'en Europe en ce qui a trait à l'AMM.

Les pays du Benelux n'exigent pas que la personne soit atteinte d'une maladie en phase terminale. Un patient atteint de trouble mental pourrait être admissible à l'AMM si d'autres conditions sont réunies.

Ces trois pays acceptent les déclarations anticipées, c'est-à-dire que le patient n'est pas obligé d'être mentalement capable de prendre une décision au moment de son décès. Cependant, la portée des déclarations anticipées est beaucoup plus vaste aux Pays-Bas, où elles peuvent être utilisées dans les cas de démence. Un document signé doit comporter des explications sur les circonstances dans lesquelles la personne souhaiterait recevoir l'AMM.

- Les Pays-Bas et la Belgique autorisent certaines personnes mineures à recevoir l'AMM.
- Les Pays-Bas permettent l'AMM aux nouveau-nés porteurs d'un handicap ou d'une maladie grave avec un pronostic très sombre, se trouvant dans des conditions de vie épouvantables.

### 3.5 Fatigue de vie ou impression de vie terminée

Le Collège est sensible à la situation des personnes âgées qui ne sont pas à proprement parler dans un contexte de fin de vie, mais qui expriment clairement leur désir de mettre un terme à leur existence, n'ayant plus d'intérêt à poursuivre. Pour concrétiser leur volonté, ces personnes n'ont actuellement d'autre choix que le suicide passif par dénutrition et déshydratation volontaires.



## 4. Considérants

### 4.1 Admissibilité

Dans tous les cas de maladies, physiques ou mentales, et de handicaps, les personnes doivent avoir accès à toute la gamme de soins médicaux adaptés à leur situation, de la prévention à la réadaptation, y compris l'AMM.

### 4.2 Primauté de la logique de soins

Même si une demande d'AMM est possible au Québec, elle n'est pas pour autant banale. Elle interpelle la relation thérapeutique établie entre le médecin, les membres de l'équipe de soins et le patient.

Au-delà de l'évaluation des indications, le médecin se doit d'exercer un jugement professionnel quant aux meilleures options de traitement ou d'intervention pour soulager les souffrances d'un patient, en particulier avant de répondre, favorablement ou non, à la demande d'AMM de ce dernier.

Comme précisé dans le guide d'exercice sur l'AMM publié par le Collège, le médecin doit, en plus de vérifier que les critères exigés par la loi sont présents, bien évaluer leur importance relative, les uns par rapport aux autres, pour convenir avec le patient des soins les plus appropriés. Pour accepter d'administrer l'AMM, le médecin (éventuellement aussi l'infirmière praticienne spécialisée, selon nous) devrait être persuadé qu'elle représente la meilleure option, non seulement pour le patient qui la demande, mais aussi pour lui en tant que professionnel qui devra poser le geste.

### 4.3 La souffrance

La souffrance sévère, persistante et réfractaire a préséance sur toute autre considération telle que l'âge ou le diagnostic sous-jacent.

### 4.4 Le respect de la dignité

Somber dans un état de dépendance complète à l'égard d'autrui ou dans la décrépitude, entraînant la perte de tout ce qui définissait la personne, avec ses choix et ses valeurs, tout comme le fait de devoir se rendre à l'étranger pour mourir ou de se laisser mourir, porte atteinte à la dignité.

### 4.5 Les soins palliatifs

Peu importe le lieu où elle séjourne, la personne qui présente une demande d'AMM et qui y est admissible doit pouvoir la recevoir à l'endroit de son choix selon la disponibilité des ressources, ce qui inclut les milieux hospitaliers, les ressources d'hébergement, le milieu résidentiel et les maisons de soins palliatifs.

## 5. Positionnement et recommandations

### 5.1 Harmonisation des lois québécoise et canadienne

Les lois québécoise et canadienne reconnaissent maintenant les maladies neurodégénératives (ex. : maladie de Parkinson, sclérose en plaques) et les atteintes neurologiques irréversibles (ex. : traumatisme craniocérébral, accident vasculaire cérébral) comme des états pouvant conduire à une demande d'AMM. Toutefois, la loi canadienne utilise les termes *maladie*, *affection* et *handicap*, alors que la loi québécoise emploie uniquement le mot *maladie*. Cette non-concordance dans le choix des termes induit une confusion susceptible de porter préjudice. Nous recommandons une harmonisation des deux lois encadrant l'AMM.

### 5.2 Élargissement de l'admissibilité

Tel que décrit, il existe des situations qui ne trouvent pas réponse dans les deux lois telles qu'elles sont actuellement formulées. Le Collège souhaite préciser son positionnement sur l'AMM et :

- La maladie mentale
- Le trouble neurocognitif
- Les mineurs
- La fatigue de vivre

Tout en reconnaissant la nécessité d'apporter des balises claires et de bien préciser les conditions d'admissibilité, le Collège est en faveur de l'élargissement de l'AMM pour englober certaines situations.

### 5.3 Maladie mentale

Notre réflexion se base sur les considérations suivantes :

- Reconnaissance du niveau de souffrance élevé engendré par certains problèmes de santé mentale, qui peut être aussi intense que celui rencontré dans tout autre problème de santé;
- Recherche d'un équilibre entre l'autonomie et le besoin de protection;
- Respect des droits pour aspirer à l'universalité de l'accès aux soins;
- Prise en compte de l'erreur qui consiste à associer les troubles de santé mentale et l'aptitude à consentir.

Ainsi, le Collège est favorable à l'élargissement de l'admissibilité de l'AMM dans les cas où un trouble de santé mentale est le motif principal de la demande.

Des conditions d'admissibilité spécifiques pour éviter les dérives sont tout à fait envisageables. Si le législateur opte pour cet élargissement, le Collège sera en mesure de guider l'exercice de ses membres de concert avec les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du territoire québécois.

Les balises et conditions suivantes devraient être envisagées :

- Décision prise au terme d'une évaluation globale et juste de sa situation par le demandeur et non uniquement inscrite dans un épisode de soins;
- Exclusion d'une idéation suicidaire s'inscrivant dans la symptomatologie décrite d'un trouble mental (ex. : idéation suicidaire caractéristique d'un trouble dépressif majeur);
- Souffrance psychique intense et continue, sous-tendue par des symptômes sévères et une atteinte du fonctionnement global présente sur une longue période, qui enlève à cette personne tout espoir d'un allègement face à la lourdeur de sa situation et l'empêche de se réaliser dans un projet de vie, ce qui fait perdre toute signification à son existence;
- Exigence d'un long parcours de soins avec suivis appropriés, essais multiples de thérapies disponibles, reconnues efficaces, et soutien psychosocial soutenu et approprié;
- Évaluation multidisciplinaire des demandes, avec la présence essentielle du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) en santé mentale ayant assumé le suivi de la personne et d'un psychiatre consulté dans le cadre de la demande d'AMM.

#### 5.4 Troubles neurocognitifs

Notre réflexion se base sur les considérations suivantes :

- Reconnaissance, dans les stades avancés d'un trouble neurocognitif évolutif, d'un déclin des fonctions mentales supérieures (attention, fonctions exécutives, apprentissage, mémoire, langage, perception, motricité, habiletés sociales) qui interfère avec l'indépendance dans toutes les sphères d'activités;
- Induction fréquente de comportements erratiques, de bouffées d'angoisse, d'une perte de contact avec le réel (idées délirantes, troubles perceptuels), d'une dépendance complète, d'une perte de repères, d'une souffrance à certaines phases et d'une atteinte à la dignité que des individus conscients n'accepteraient pas;
- Appréhension d'un glissement vers une banalisation de l'AMM pour tous, dont l'accès deviendrait trop facile.

C'est dans cette conjoncture que s'inscrit la réflexion sur les demandes anticipées, qui tiendraient compte à la fois de l'aptitude à consentir, des valeurs des individus, de l'équilibre entre l'autodétermination et le besoin de protection, du respect des volontés et des droits de la personne.

Pour une personne atteinte d'un trouble neurocognitif, apte à consentir et consciente du risque inéluctable de perdre son aptitude, le Collège croit que l'AMM peut être envisagée avec une demande anticipée. Cette directive, formulée après la confirmation du diagnostic, deviendrait contraignante et impossible à renverser pour un tiers. Elle prendrait la forme d'un document écrit officiel, versé au Dossier santé Québec, qui préciserait la durée de validité, le stade d'évolution autorisant l'administration, le rôle du médecin (évaluation de l'état clinique) et le rôle du proche désigné.

Pour les personnes devenues inaptes après avoir donné un consentement valide, nous reconnaissons l'impasse vécue par les soignants au moment d'abrégé la vie d'une personne qui ne réalise pas ce qu'on lui fait, qui ne se souvient pas du consentement préalablement donné, qui ne paraît plus souffrir de sa situation et qui refuse l'injection. Dans ces contextes, seul le refus catégorique s'opposerait à l'administration de l'AMM.

## 5.5 Mineurs

### 0-1 an

Notre réflexion se base sur les considérations suivantes :

- Le pronostic très sombre et des conditions de vie épouvantables dans des cas de malformations sévères ou de syndromes polysymptomatiques graves, annihilant toute perspective de soulagement et de survie.
- Pour ces petits êtres humains qui souffrent inutilement, l'aide médicale à mourir encadrée par un protocole strict peut être un soin approprié. Dans cette perspective, l'expérience des Pays-Bas (Protocole de Groningen versé en annexe) nous apparaît une voie à explorer.

### 14-18 ans

Notre réflexion se base sur les considérations suivantes :

- Le fait que la souffrance ne tient pas compte de l'âge;
- La réponse aux autres critères d'admissibilité pour l'AMM;
- La loi qui reconnaît déjà aux mineurs, à partir de 14 ans, le droit de consentir seuls à certains soins requis (avortement, hospitalisation brève, médication, certaines interventions chirurgicales, prise de sang) et non requis (tatouage, chirurgie esthétique) par leur état de santé;
- Le consentement obligatoire des parents ou du tuteur lorsque les soins représentent un risque sérieux pour sa santé et peuvent lui causer des effets graves et permanents.

Le Collège considère que l'AMM doit être incluse dans la liste des soins requis par l'état de santé auxquels le mineur âgé de 14 à 18 ans peut consentir, conjointement avec l'obligation d'obtenir le consentement de l'autorité parentale.

## 5.6 Zones à approfondir

Fatigue de vivre et polypathologie :

- D'une part, l'absence de problème de santé prépondérant en fait une question beaucoup plus philosophique que médicale.
- D'autre part, nous éprouvons un malaise devant le fait que cette sous-population, au sein de laquelle les personnes âgées sont surreprésentées, qui présente une souffrance psychologique, n'a souvent d'autres options que d'attendre passivement la mort ou de la précipiter par le refus alimentaire ou le suicide, qu'il survienne ici ou soit assisté lors d'un séjour à l'étranger.

Bien que troublant, l'enjeu est ici beaucoup plus existentiel, sociologique et philosophique que médical. Il faudra donc élargir le débat, et la réponse appartiendra à la société tout entière.

Ces deux sujets délicats font partie des cas à approfondir. Par conséquent, le Collège choisit à ce moment-ci de retenir son positionnement.

## 6. ANNEXES

1- Sondage de la firme SOM

2- Protocole de Groningen