Note de lecture Ce que l'Ontario nous apprend sur la pratique de l'aide à mourir et l'urgence d'une refonte (Fondapol).

Publié le 10 juin 2026 par yoann



©

Fondapol, laboratoire d'idées créé en 2004 et proche de la droite, alerte à propos de pratiques observées dans la province canadienne de l'Ontario, capitale Toronto. Ces pratiques concernent des demandes anticipées d'aide médicale à mourir (AMM) de patients atteints de démence ou de maladie de Parkinson. Dans un article paru en février 2026, Trudo Lemmens, membre du Comité d'examen des décès par l'AMM (CEDA) du Bureau du coroner en chef de l'Ontario, témoigne des dérives constatées et

recommande une refonte du système.

Un événement médiatique est venu fournir un exemple éloquent. Dans un entretien paru dans le New York Times, en septembre 2025, un auteur américano-canadien très connu de livres pour enfants, Robert Munsch, atteint d'une maladie de Parkinson, indiquait avoir reçu dès 2021 l'autorisation de recourir à l'AMM. Cette autorisation était intervenue peu après que les médecins lui avaient annoncé que les troubles qu'il présentait relevaient d'une évolution démentielle ; il apparaissait nettement, d'après les propos tenus par l'intéressé, qu'il s'agissait d'une demande anticipée d'AMM. A signaler que, bien que ce soit contraire au Code criminel fédéral du Canada, les demandes anticipées d'AMM ont été introduites par la loi provinciale au Québec, mais pas encore en Ontario. Dans cet article, Lemmens s'insurgeait contre le fait que les différents commentateurs avaient accepté ce choix comme évident, adoptant sans sourciller le registre validiste de Munsch : *« je préfère la mort au déclin de la santé lié à la démence »,* la position altruiste : *« je ne veux pas que ma femme soit coincée avec moi, devenu un poids mort »* et Lemmens regrettait que la plupart d'entre eux ne se soient pas étonnés que R. Munsch soit éligible à une AMM alors qu'il admettait lui-même jouir encore *« d'une qualité de vie correcte ».*

Dans le même temps, un rapport du CEDA de l'Ontario évoquait la relation entre démence et l'AMM. Sept récits narratifs de cas avaient été présentés pour discussions et recommandations. L'auteur de l'article nous indique clairement que les commentaires qu'il effectue à propos de ces situations ne reflètent que son opinion personnelle. D'après lui, le rapport du CEDA sur la démence ainsi que des rapports antérieurs montrent « des pratiques douteuses » :

- Les critères d'accès semblent larges et les procédures de consentement minimalistes,
- Les problèmes de santé mentale, de toxicomanie et de manque de soutien social ne sont pas considérés comme des obstacles à l'AMM,
- Le recours à l'AMM apparaît comme une forme de thérapie.

Trudo Lemmens dénonce un accès à l'AMM pour démence trop fréquent, selon lui. Il s'étonne que toutes les autorisations aient été obtenues dans le cadre de la « voie 1 »,

voie selon laquelle les patients sont considérés comme approchant de leur mort naturelle. Ils ont reçu, alors, une injection létale et il se demande :

- Comment ont-ils donné leur consentement éclairé si leurs fonctions cognitives étaient très altérées ?
- S'ils étaient aptes, pourquoi n'a-t-on pas examiné leurs cas selon la « voie 2 », laquelle implique « un état avancé de déclin irréversible des capacités et des souffrances intolérables » ?
- Comment ceux qui avaient reçu un diagnostic précoce de démence satisfaisaient-ils au critère d'un état avancé de déclin irréversible des capacités et de souffrances intolérables ?

Il étudie ensuite les problèmes concernant les évaluations de la capacité et du consentement éclairé. Le droit pénal fédéral n'autorisant pas encore l'AMM de façon anticipée, les demandeurs doivent être capables de confirmer leur consentement juste avant de recevoir l'injection létale, sauf s'ils ont signé un renoncement à ce consentement final. Il rapporte des « consentements éclairés » exprimés par le simple fait de serrer la main ou par des hochements de tête ou des « oui » faiblement articulés. D'autres récits narratifs évoquent la pression ou l'influence potentielle de membres de la famille, aidants épuisés. Il rapporte ainsi le cas d'une patiente qui avait clairement exprimé son souhait d'entrer en soins palliatifs et qui a pourtant été reconnue éligible à l'AMM du fait de l'épuisement de son époux et du manque de place en service de soins palliatifs.

Sans conteste, ces dérives sont inacceptables ; espérons qu'elles soient exceptionnelles. Nous le savons, Trudo Lemmens a toujours été un adversaire de l'aide médicale à mourir. Ainsi, ses travaux sont cités en exemple par le collectif québécois des médecins contre l'euthanasie ; récemment, lors du débat qui s'est déroulé au Sénat français lors de l'examen du projet de loi au « Droit à l'aide à mourir », Lemmens a donné une interview sur Cnews. Pour nous, c'est un signe qui ne trompe pas : il a choisi, pour mettre les Français en garde contre ce projet de loi, la chaîne du groupe de Bolloré, qui ne fait pas mystère d'une orientation marquée à l'extrême droite.

Néanmoins, ce professeur de Droit soulève des questions intéressantes que nous

devons prendre en compte puisque. Ici, le projet de loi concernant le « Droit à l'aide à mourir » n'a toujours pas été adopté. Rappelons la dernière séquence : l'Assemblée nationale a adopté la proposition de loi en février dernier. Le Sénat l'a rejetée en deuxième lecture en mai 2026. Une commission mixte paritaire doit être convoquée par le premier ministre. Elle sera chargée de s'accorder sur une version finale de la proposition de loi à partir du texte des députés. Si aucun consensus n'est trouvé entre parlementaires, l'Assemblée nationale aura le dernier mot et il est probable que le projet de loi sera adopté.

Pour le moment, des garde-fous ont été érigés :

- L'affection dont est atteinte le patient doit être grave et durable et doit engager le pronostic vital en phase avancée ou terminale. La phase « avancée » est définie, mais il faudra veiller à l'application de ce critère.
- La personne doit présenter une souffrance réfractaire aux traitements ou bien insupportable, selon elle, en cas d'arrêt des traitements.
- Les députés ont précisé qu'une souffrance psychologique seule ne peut pas autoriser le recours à l'aide à mourir.
- L'intéressé doit être apte à manifester sa volonté libre et éclairée, ce qui peut prêter à des interprétations, comme dans les cas exposés au Canada.
- Le jour de l'administration du produit létal, le patient doit confirmer sa volonté auprès du médecin ou de l'infirmier qui le lui administre.
- Enfin, les députés, en deuxième lecture, ont instauré le délit d'incitation et les sanctions encourus par tous ceux qui influenceraient le malade pour qu'il réclame l'aide à mourir.

Sont particulièrement difficiles à résoudre, les situations des patients souffrant de pathologie neurodégénérative. Pour l'intéressé, c'est une expérience douloureuse à vivre avec la perception de perte de sa dignité, le sentiment de devenir un fardeau, la détresse émotionnelle. C'est au moment du diagnostic que ces phénomènes sont particulièrement prononcés, ce qui pourrait entrainer une demande anticipée d'aide à

mourir comme c'est le cas au Canada. Pour l'instant, il n'en est pas question dans le projet de loi du « Droit à mourir ». Néanmoins, la vigilance s'impose. Dans tous les pays où l'euthanasie est pratiquée, peu à peu, les digues sautent et les critères se modifient. Dans une période où le « jeunisme » est à la mode, où l'accès aux soins est rendu de plus en plus difficile, où les dépenses de santé sont dénoncées par des gouvernements qui attaquent la Sécurité sociale et les services publics, qui culpabilisent les patients, on peut craindre des dérives qui seraient scandaleuses.

Lors du débat au Sénat, Cécile Cukierman, membre du Parti Communiste Français, – on retrouve des opposants à cette loi dans tous les groupes parlementaires – a émis une objection très pertinente : « *Je reste convaincue qu'il n'y a pas de droit à mourir. Nous allons mourir : pourquoi vouloir absolument faire d'un fait un droit ?* ». Cette formulation « Droit à mourir », qui est apparue bien contestable à la sénatrice communiste, a été manifestement inspirée par les militants de l'association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD). Cette association, en effet, s'enorgueillit d'être à l'origine du débat sur le suicide assisté en France, d'avoir su imposer ses idées et même son vocabulaire, d'avoir l'oreille du gouvernement et de tenir la plume de parlementaires. L'ADMD se targue, lors des réunions en cercle d'initiés, d'obtenir, dans un deuxième temps, une évolution de la loi et de l'élargir aux mineurs, aux malades psychiatriques et aux patients atteints de maladie d'Alzheimer. Comment ne pas évoquer l'exemple des dérives dénoncées au Canada, comme nous l'avons vu, mais aussi aux Pays Bas, en Suisse, en Belgique, tous pays qui ont légalisé l'aide à mourir depuis des décennies ?

En conclusion, nous pouvons affirmer que le recours à l'aide à mourir ne constitue absolument pas un soin. C'est un pis-aller quand tous les traitements sont dépassés. Il existe des alternatives : la loi visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs a été votée le 11 mai 2026. Si son application est à la hauteur des enjeux, les sujets en fin de vie devraient être correctement pris en charge sur le plan physique et psychologique - comme ils le sont, actuellement, d'ailleurs, dans de nombreux services de médecine, d'oncologie, de gériatrie qui appliquent des protocoles efficaces contre la douleur et accompagnent humainement les patients.

Par ailleurs, si une loi « Grand âge » était enfin étudiée, les aidants ne seraient plus épuisés par des tâches qui reviennent aux professionnels médico-sociaux lesquels font cruellement défaut pour des prises en charge à domicile ou en établissements. Penser régler toutes ces difficultés en favorisant le « Droit à l'aide à mourir » est une faute morale.