



PARLEMENT | PARLIAMENT
CANADA

L'AIDE MÉDICALE À MOURIR ET LE TROUBLE MENTAL COMME SEUL PROBLÈME MÉDICAL INVOQUÉ : UNE DISCUSSION COMPLEXE ET DIFFICILE ENTRE CANADIENS

Rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

Les coprésidents

L'hon. Yonah Martin et Marcus Powlowski

JUIN 2026

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

**L'AIDE MÉDICALE À MOURIR ET LE TROUBLE
MENTAL COMME SEUL PROBLÈME MÉDICAL
INVOQUÉ : UNE DISCUSSION COMPLEXE ET
DIFFICILE ENTRE CANADIENS**

**Rapport du Comité mixte spécial
sur l'aide médicale à mourir**

**Les coprésidents
L'hon. Yonah Martin et Marcus Powlowski**

JUIN 2026

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

COMITÉ MIXTE SPÉCIAL SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

COPRÉSIDENTS

L'hon. Yonah Martin
Marcus Powlowski

VICE-PRÉSIDENTS

L'hon. Pierre J. Dalphond
Tamara Jansen
Luc Thériault

MEMBRES REPRÉSENTANT LE SÉNAT

L'hon. Rosemary Moodie
L'hon. Pamela Wallin
L'hon. Kristopher Wells

MEMBRES REPRÉSENTANT LA CHAMBRE DES COMMUNES

Michael Cooper
Todd Doherty
L'hon. Greg Fergus
Peter Fragiskatos
Annie Koutrakis
Andrew Lawton
James Maloney
Peter Schiefke
Kristina Tesser Derksen

AUTRES SÉNATEURS ET DÉPUTÉS QUI ONT PARTICIPÉ

L'hon. Élisabeth Brière
Claude DeBellefeuille
Marilyn Gladu
Wade Grant
L'hon. Helena Jaczek

Viviane Lapointe
L'hon. Tony Loffreda
L'hon. Flordeliz (Gigi) Osler
Jeremy Patzer
Jacques Ramsay
Amandeep Sodhi
Gabriel Ste-Marie

GREFFIERS DU COMITÉ

Matthieu Boulianne
Jean-François Lafleur

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Isabelle Chénier
Tu-Quynh Trinh
Julian Walker

COMITÉ MIXTE SPÉCIAL SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

a l'honneur de présenter son

PREMIER RAPPORT

Conformément à son Ordre de renvoi du Sénat du jeudi 26 février 2026 et celui de la Chambre des communes du vendredi 13 février 2026, le Comité a complété son examen de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir de toute personne dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

TABLE DES MATIÈRES

RECOMMANDATION	1
L'AIDE MÉDICALE À MOURIR ET LE TROUBLE MENTAL COMME SEUL PROBLÈME MÉDICAL INVOQUÉ : UNE DISCUSSION COMPLEXE ET DIFFICILE ENTRE CANADIENS	3
Introduction	3
Contexte	4
Troisième rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir et le projet de loi C-62, Loi n° 2 modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)	6
Examen concernant l'admissibilité à l'aide médicale à mourir des personnes dont le seul problème médical invoqué est une maladie mentale	7
Évolution générale depuis janvier 2024	8
État de préparation clinique	10
Normes de pratique et recommandations cliniques	11
Recommandations cliniques de l'Association des psychiatres du Canada	11
Évaluation du caractère irrémédiable	14
Distinguer les demandes d'aide médicale à mourir de la suicidalité	16
Différencier les troubles psychologiques des troubles physiques	18
Formation et perfectionnement professionnel	20
Perspectives des membres de la profession	21
État de préparation des systèmes de santé	22
La capacité du système de santé mentale	22
Suicide : risques et prévention	25
État de préparation de la réglementation	27
Surveillance et contrôle	27
Cadre général	27
Organismes de réglementation	28

Critères d’admissibilité et mesures de sauvegarde : concilier accès et protection	29
Les vulnérabilités socioéconomiques	31
Les Autochtones	34
Les personnes handicapées et les personnes ayant une expérience vécue	36
Considérations constitutionnelles	37
Contexte international	40
Conclusions et recommandation	42
ANNEXE A: LISTE DES TÉMOINS	45
ANNEXE B: LISTE DES MÉMOIRES	49
PROCÈS-VERBAUX	53
OPINION COMPLÉMENTAIRE DU SÉNATEUR DALPHOND	55
OPINION DISSIDENTE DES SÉNATEURS MOODIE, WALLIN ET WELLS	65
OPINION COMPLÉMENTAIRE DU PARTI CONSERVATEUR DU CANADA	69
OPINION COMPLÉMENTAIRE DU PARTI LIBÉRAL DU CANADA	77
OPINION DISSIDENTE DU BLOC QUÉBÉCOIS	87

RECOMMANDATION

À l'issue de leurs délibérations, les comités peuvent faire des recommandations au Sénat, à la Chambre des communes ou au gouvernement et les inclure dans leurs rapports. Une recommandation relative à la présente étude se trouve énumérée ci-après.

Recommandation 1

Que le gouvernement du Canada modifie le *Code criminel* afin d'exclure indéfiniment de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir les personnes dont le seul problème médical sous-jacent est une maladie mentale.

L'AIDE MÉDICALE À MOURIR ET LE TROUBLE MENTAL COMME SEUL PROBLÈME MÉDICAL INVOQUÉ : UNE DISCUSSION COMPLEXE ET DIFFICILE ENTRE CANADIENS

INTRODUCTION

En février 2026, le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (le Comité) a été reconstitué à la suite de motions adoptées à la Chambre des communes¹ et au Sénat². Ces deux motions prévoyaient que :

[C]onformément au paragraphe 2(1) de la Loi n° 2 modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), un comité mixte spécial du Sénat et de la Chambre des communes soit constitué pour procéder à un examen approfondi concernant l'admissibilité à l'aide médicale à mourir de toute personne dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale[.]

Dans le cadre de cet examen, le Comité a tenu six réunions, du 24 mars au 5 mai 2026, entendu 44 témoignages et reçu 32 mémoires, qui s'ajoutent à d'autres éléments de correspondance. Parmi les témoins figuraient des cliniciens, des chercheurs, des universitaires, des représentants d'associations, d'organismes professionnels et du gouvernement, des personnes ayant une expérience vécue et des experts des domaines du droit ainsi que des questions internationales. Les membres du Comité tiennent à remercier sincèrement tous ceux qui ont pris le temps de contribuer à cette importante étude. Le contenu traité est complexe et constitue un sujet difficile sur le plan émotif, et il soulève d'importantes questions au sein de la population canadienne. Les membres du Comité sont reconnaissants du dévouement des personnes qui abordent ces enjeux et du courage de celles qui ont témoigné.

Dans ce rapport, nous parlons d'aide médicale à mourir (AMM) lorsque la « maladie mentale » ou un « trouble mental » est le seul problème médical invoqué (MM-SPMI ou

1 Chambre des communes, [Journaux](#), 13 février 2026.

2 Sénat, [Journaux](#), 26 février 2026.

TM-SPMI). Cette approche terminologique s'appuie sur celle décrite dans le premier rapport du Comité de la 44^e législature :

Bien que le terme « maladie mentale » soit utilisé dans le *Code criminel* ainsi que dans les textes relatifs au mandat du Groupe d'experts et à la motion instituant ce comité, le Groupe d'experts utilise l'expression « trouble mental », soulignant qu'il n'existe pas de définition uniforme de la « maladie mentale », ce qui pourrait prêter à confusion. Le Groupe d'experts a fourni l'explication suivante à ce sujet :

Un examen complet des connaissances disponibles sur le sujet de l'AMM pour les maladies mentales, exigé par la loi sur l'AMM de 2016 (Conseil des académies canadiennes, 2018), a recommandé l'utilisation du terme clinique standard, « trouble mental ». Par conséquent, tout au long du présent rapport, le Groupe utilise l'expression « trouble mental », car il s'agit du terme utilisé dans les deux principaux schémas de classification des diagnostics employés dans la pratique psychiatrique canadienne : le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) de l'American Psychiatric Association et la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé.

Le Comité convient donc qu'il est préférable d'utiliser le terme clinique normalisé (« trouble mental »), ce qu'il a fait tout au long du présent rapport provisoire, n'employant « maladie mentale » que dans les citations directes ou dans les renvois aux dispositions du *Code criminel*³.

Cette ambiguïté terminologique a perduré tout au long de la présente étude. Certains témoins auront peut-être choisi délibérément une des deux expressions, tandis que d'autres les auront peut-être utilisées indifféremment. Dans ce rapport, nous nous efforçons d'être fidèles aux contextes d'une expression, comme la déclaration d'un témoin ou des mesures législatives, tout en privilégiant, dans la mesure du possible, l'approche préconisée dans le rapport précédent du Comité⁴.

CONTEXTE

Dans l'affaire *Carter c. Canada (Procureur général)* (l'arrêt *Carter*)⁵ de 2015, la Cour suprême du Canada (la Cour suprême) a jugé que les dispositions du *Code criminel*⁶ qui

3 Parlement du Canada, Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (AMAD), [L'aide médicale à mourir et le trouble mental comme seul problème médical invoqué : rapport provisoire](#), premier rapport, juin 2022, p. 2 à 3.

4 De même, dans le présent rapport, nous utilisons d'autres expressions telles qu'« euthanasie » ou « suicide assisté » conformément aux déclarations des témoins et aux sources documentaires.

5 [Carter c. Canada \(Procureur général\)](#), 2015 CSC 5.

6 [Code criminel](#), L.R.C. 1985, ch. C-46.

interdisent à une personne d'en aider une autre à se suicider portaient atteinte de manière injustifiée à l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* (la *Charte*)⁷, selon lequel chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne. Elle a en outre conclu que ces dispositions du *Code criminel* étaient inopérantes dans la mesure où elles prohibent l'AMM que demandent des adultes capables affectés de problèmes de santé graves et irrémédiables qui leur causent des souffrances persistantes et intolérables. La Cour suprême a suspendu la prise d'effet de la déclaration d'invalidité pendant 12 mois. Elle a ultérieurement accordé une prorogation de quatre mois de la suspension de la prise d'effet de la déclaration d'invalidité, tout en permettant aux personnes souhaitant avoir accès à l'AMM conformément aux critères de l'arrêt *Carter* de demander une autorisation judiciaire au cours de la période de suspension⁸.

En mai 2016, dans le cadre d'une telle demande d'autorisation judiciaire dans l'affaire *Canada (Procureur général) v. E.F. (E.F.)*⁹, la Cour d'appel de l'Alberta a conclu que les critères établis par l'arrêt *Carter* pouvaient s'appliquer aux personnes ayant des problèmes psychiatriques.

En juin 2016, le Parlement a adopté le projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)¹⁰, afin de supprimer toute responsabilité criminelle des médecins et des infirmiers praticiens qui fournissent l'AMM à des personnes admissibles dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible (ce que l'on appelle maintenant la « voie 1 »), lorsque cela est effectué conformément aux dispositions ajoutées au *Code criminel*. Le gouvernement du Québec avait précédemment adopté, en 2014, sa propre loi sur l'aide à mourir, la *Loi concernant les soins de fin de vie*¹¹, qui restreignait également l'accès à l'AMM aux personnes en « fin de vie ».

En 2021, à la suite de la décision de la Cour supérieure du Québec dans l'affaire *Truchon c. Procureur général du Canada* (l'arrêt *Truchon*)¹², l'adoption du projet de loi C-7, Loi

7 [Charte canadienne des droits et libertés](#), partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, 1982, ch. 11 (R.U.).

8 [Carter c. Canada \(Procureur général\)](#), 2016 CSC 4.

9 [Canada \(Procureur général\) c. E. F.](#), 2016 ABCA 155 (CanLII). [EN ANGLAIS SEULEMENT]

10 [Projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois \(aide médicale à mourir\)](#), 42^e législature, 1^{re} session (L.C. 2016, ch. 3).

11 Québec, [Loi concernant les soins de fin de vie](#), RLRQ, ch. S-32.0001.

12 [Truchon c. Procureur général du Canada](#), 2019 QCCS 3792 (CanLII).

modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)¹³, a ouvert une voie d'accès à l'AMM assortie de mesures de sauvegarde différentes pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible (la « voie 2 »). Le projet de loi C-7 a également ajouté une disposition au *Code criminel* prévoyant que « la maladie mentale n'est pas considérée comme une maladie, une affection ou un handicap » aux fins de déterminer l'admissibilité à l'AMM. Cette disposition d'exclusion devait être abrogée le 17 mars 2023. Le 9 mars 2023, la date d'abrogation a été repoussée au 17 mars 2024 avec l'adoption du projet de loi C-39, Loi modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)¹⁴.

En juin 2023, le gouvernement du Québec a modifié sa loi sur l'aide à mourir afin d'interdire l'AMM pour un trouble mental autre qu'un trouble neurocognitif, entre autres changements¹⁵.

En mars 2026, le gouvernement de l'Alberta a présenté le projet de loi 18, qui porte sur les mesures de sauvegarde pour l'interruption de vie de dernier ressort¹⁶. Ce projet de loi vise en particulier à limiter l'admissibilité à l'AMM aux personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible dans les 12 mois, et à interdire l'AMM MM-SPMI¹⁷. Le projet de loi 18 a reçu la sanction royale le 14 mai 2026 et doit entrer en vigueur au moment de la proclamation.

Troisième rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir et le projet de loi C-62, Loi n° 2 modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)

En octobre 2023, le Comité a été reconstitué afin d'étudier dans quelle mesure le Canada était prêt pour une application sûre et adéquate de l'AMM TM-SPMI. Le 29 janvier 2024, il a déposé son troisième rapport¹⁸, dans lequel il concluait que le système de santé au Canada n'était pas prêt pour l'AMM TM-SPMI et recommandait :

13 [Projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#), 43^e législature, 2^e session (L.C. 2021, ch. 2).

14 [Projet de loi C-39, Loi modifiant la Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#), 44^e législature, 1^{re} session (L.C. 2023, ch. 1).

15 Québec, [Loi concernant les soins de fin de vie](#), RLRQ, ch. S-32.0001, par. 26(4) et s.-al. 29.1(2)d)(ii).

16 Alberta, [projet de loi 18, Safeguards for Last Resort Termination of Life Act](#), 31^e législature, 2^e session. [EN ANGLAIS SEULEMENT]

17 *Ibid.*, par. 4(2). [EN ANGLAIS SEULEMENT]

18 AMAD, [L'AMM et les troubles mentaux : le chemin à parcourir](#), troisième rapport, janvier 2024.

- a. [q]ue l'AMM TM-SPMI ne soit pas disponible au Canada tant que le ministre de la Santé et le ministre de la Justice n'auront pas estimé, sur la base des recommandations de leurs ministères respectifs et en consultation avec leurs homologues provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec les peuples autochtones, qu'elle peut être administrée de manière sûre et adéquate; et
- b. [q]u'un an avant la date à laquelle l'AMM TM-SPMI devrait être autorisée, conformément à l'alinéa (a), la Chambre des communes et le Sénat rétablissent le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir afin de vérifier le degré de préparation atteint pour une application sûre et adéquate de l'AMM TM-SPMI¹⁹.

Le rapport n'a pas fait l'unanimité; quatre des cinq sénateurs siégeant au Comité ont présenté des opinions dissidentes, alors que des membres du Parti conservateur du Canada et du Bloc québécois ont émis des opinions complémentaires.

Le 29 février 2024, le projet de loi C-62, Loi n° 2 modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)²⁰, a été adopté. En vertu de ce projet de loi, la période de l'exclusion a été prolongée de trois ans, jusqu'au 17 mars 2027. On imposait également l'exigence suivante :

Un examen approfondi concernant l'admissibilité à l'aide médicale à mourir de toute personne dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale est effectué par le comité mixte du Sénat et de la Chambre des communes désigné à cette fin²¹.

EXAMEN CONCERNANT L'ADMISSIBILITÉ À L'AIDE MÉDICALE À MOURIR DES PERSONNES DONT LE SEUL PROBLÈME MÉDICAL INVOQUÉ EST UNE MALADIE MENTALE

Pour être admissible à l'AMM, une personne doit, entre autres exigences, être capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé, souffrir de « problèmes de santé graves et irrémédiables », ainsi que présenter de manière volontaire une demande d'AMM²².

Pour avoir des « problèmes de santé graves et irrémédiables », une personne doit être atteinte « d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables » et sa situation médicale doit se caractériser par un déclin avancé et irréversible de ses

19 *Ibid.*, p. 19.

20 [Projet de loi C-62, Loi n° 2 modifiant la Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#), 44^e législature, 1^{re} session (L.C. 2024, ch. 1).

21 *Ibid.*, par. 2(1).

22 [Code criminel](#), L.R.C. 1985, ch. C-46, par. 241.2(1).

capacités. La maladie, l'affection ou le handicap, ou cet état de déclin, doit lui causer des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables. Deux médecins ou infirmiers praticiens indépendants doivent être d'avis que tous les critères d'admissibilité ont été respectés. Quant aux personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, si aucun des deux praticiens ne possède une expertise dans le domaine du problème médical qui cause les souffrances de la personne, il leur faut consulter un praticien possédant cette expertise. Dans tous les cas, il est possible pour la personne de retirer sa demande d'AMM à tout moment, et elle doit y consentir expressément à la recevoir²³.

Pour l'actuel examen concernant l'admissibilité à l'AMM des personnes dont le seul problème médical invoqué est une maladie mentale, le Comité a reçu des témoignages concernant les préparatifs généraux entrepris depuis janvier 2024 ainsi que l'état de préparation des cliniciens, des systèmes de santé et de la réglementation. Il a aussi entendu des témoins qui ont fait état d'enseignements pouvant être tirés des expériences internationales ou qui ont exprimé de façon plus générale leur point de vue sur l'AMM. Leurs témoignages sont résumés dans les sections suivantes.

Évolution générale depuis janvier 2024

Sarah Lawley, du ministère de la Santé, a souligné la création en 2024 d'un comité fédéral-provincial-territorial sur l'AMM. Le comité appuie les discussions intergouvernementales entre hauts fonctionnaires et l'échange de pratiques exemplaires, y compris en ce qui concerne les préparatifs pour l'élargissement de l'AMM²⁴.

M^{me} Lawley a fait remarquer que les niveaux de préparation et les approches variaient entre les provinces et les territoires, comme l'illustrent par exemple les initiatives législatives au Québec et en Alberta. Elle a expliqué que :

Chaque administration est en mesure de mettre en place un système de santé permettant d'offrir l'AMM conformément à ses propres exigences. Elle peut imposer des critères plus stricts [que le *Code criminel*] pour l'AMM, mais elle ne peut pas les assouplir; ainsi, chaque administration adopte une approche légèrement différente

23 *Ibid.*, par. 241.2(2) à 241.2(3.1). Voir également Santé Canada, [Aide médicale à mourir : Aperçu](#).

24 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1835 (Sarah Lawley, sous-ministre adjointe, Direction générale des politiques de santé, ministère de la Santé).

quant à la manière dont elle offre l'AMM et dont son processus d'évaluation fonctionne²⁵.

Comme une fonctionnaire du ministère de la Justice l'a expliqué : « Le Code criminel ne prévoit pas de droit à l'aide médicale à mourir. Il ne fait que dépénaliser certaines infractions si certaines règles sont respectées²⁶. » La chercheuse Eliana Close a mentionné que « [l]a variabilité [d'une province à l'autre] ne fait pas nécessairement problème, car, au bout du compte, il appartient aux provinces de décider comment administrer l'aide médicale à mourir. Selon le contexte local, différents mécanismes de réglementation peuvent convenir mieux que d'autres²⁷. »

Dans une correspondance en date du 30 avril 2026 divulguée à notre Comité, la ministre de la Santé du Québec et ministre responsable des Aînés et des Proches aidants a écrit à son homologue fédérale pour lui exposer la position actuelle du gouvernement du Québec sur l'AMM TM-SPMI. Cette position trouve écho dans sa loi modifiée sur l'aide à mourir et s'appuyait sur le rapport de 2021 de la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie, qui avait recommandé de ne pas élargir l'accès à l'AMM aux personnes dont le seul problème médical est un trouble mental²⁸. Néanmoins, la ministre du Québec a préconisé la poursuite de l'examen de cette question, au sein des assemblées législatives fédérale et québécoise ainsi que dans le grand public²⁹.

Selon M^{me} Lawley, à l'exception du Québec et de l'Alberta, « [i]l y en a d'autres qui se préparent et qui sont tout à fait prêts. ... [L]a grande majorité d'entre eux sont en train de se préparer pour le mois de mars [2027]³⁰. » Elle a ajouté qu'ils « mettent en place

25 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1845 (Sarah Lawley).

26 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1855 (Kimberly Gibner, sous-ministre adjointe déléguée, Secteur des politiques, ministère de la Justice).

27 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2005 (Eliana Close, chercheuse principale, End of Life Research Program, Australian Centre for Health Law Research, Queensland University of Technology, à titre personnel).

28 Assemblée nationale du Québec, Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie, [Rapport de la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie](#), décembre 2021, p. 57.

29 Sonia Bélanger, ministre de la Santé et ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, Lettre au ministre fédéral de la Santé (Objet : Position du gouvernement du Québec sur l'admissibilité à l'aide médicale à mourir des personnes dont le seul problème médical est un trouble mental), 30 avril 2026.

30 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1855 (Sarah Lawley).

des structures de gouvernance, des infrastructures et des soutiens cliniques à l'intention des évaluateurs et les prestataires en vue de la levée de l'exclusion temporaire³¹ ».

Helen Long, représentante de Mourir dans la dignité Canada, a constaté que 80 % des Canadiens interrogés étaient favorables à l'accès à l'AMM MM-SPMI³². Dans un mémoire, l'Association for Reformed Political Action a cité les résultats d'un sondage réalisé en 2023 par Angus Reid indiquant que seuls 28 % des Canadiens appuyaient l'AMM pour cause de maladie mentale, tandis que 50 % s'y opposaient, et que 82 % estimaient qu'on ne devrait pas étendre l'AMM sans d'abord améliorer l'accès aux soins en santé mentale³³.

État de préparation clinique

La D^{re} Mona Gupta a expliqué que la préparation clinique nécessite des orientations cliniques, de la formation et une communauté de pratique qui peut aider au mentorat, à la supervision ainsi qu'à la discussion de cas³⁴. Selon des témoins, des formations, des normes de pratique et des lignes directrices pertinentes ont été élaborées pour l'AMM TM-SPMI, et certains praticiens et évaluateurs sont prêts en vue de l'expansion³⁵.

Pour d'autres, comme le résume Melissa Prokopy, de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, il n'existe pas d'accord clair parmi les cliniciens quant à l'approche à adopter pour l'évaluation de l'admissibilité, notamment au niveau de la détermination du caractère irrémédiable d'un trouble mental et de la distinction à faire entre une demande raisonnée d'AMM et une intention suicidaire. Ils ne s'entendent pas non plus

31 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1835 (Sarah Lawley).

32 AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1950 (Helen Long, directrice générale, Mourir dans la dignité Canada). Voir Mourir dans la dignité, [Étude de suivi sur l'aide médicale à mourir \(AMM\)](#), janvier 2026 (sondage réalisé par Environics Research).

33 Association for Reformed Political Action (ARPA) Canada, [Protéger les Canadiens atteints de maladie mentale](#), mémoire présenté à l'AMAD.

34 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2010, 2020 (D^{re} Mona Gupta, professeure titulaire de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal, à titre personnel).

35 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2015, 2020 (Mona Gupta); AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2110 (Jocelyn Downie, professeure émérite, Facultés de droit et de médecine, Université Dalhousie, à titre personnel); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1850 (D^{re} Stefanie Green, prestataire d'AMM, Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1905 (D^r Gordon Gubitz, prestataire d'AMM, Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM); et AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1945 (D^r Douglas Grant, registraire et directeur général, Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse).

quant à la suffisance des lignes directrices, l'existence d'un consensus professionnel ou la capacité des systèmes de santé au Canada³⁶. Ces points sont abordés ci-dessous.

Normes de pratique et recommandations cliniques

Recommandations cliniques de l'Association des psychiatres du Canada

L'Association des psychiatres du Canada (APC) a publié en mars 2026 le document intitulé *Recommandations cliniques canadiennes sur l'aide médicale à mourir (AMM) : évaluation du critère d'admissibilité « grave et irrémédiable » chez les personnes atteintes de troubles mentaux qui demandent l'AMM et la gestion du risque suicidaire pendant le processus d'évaluation de l'admissibilité de toutes les demandes d'AMM*³⁷. Dans une lettre envoyée au Comité, l'APC indique que l'étude qui a servi à l'élaboration de ce document d'orientation s'est échelonnée sur un an et a impliqué 25 experts externes. Les recommandations ont été formulées en s'appuyant sur la littérature universitaire internationale et en utilisant la méthode Delphi. Il s'agit d'une technique de recherche couramment utilisée pour parvenir à un consensus à l'égard d'un sujet précis ou d'un problème complexe lorsqu'il existe peu de données probantes ou que le sujet est de nature litigieuse³⁸. L'APC note en outre que les recommandations cadrent avec des approches actuelles dans des scénarios analogues, par exemple lorsque des personnes atteintes de troubles mentaux refusent des traitements essentiels au maintien de la vie ou permettant de sauver celle-ci³⁹.

Les orientations de l'APC sur l'évaluation de la nature grave et irrémédiable d'un problème médical comprennent des recommandations comme les suivantes :

36 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2130 (Melissa Prokopy, vice-présidente, Politiques et affaires publiques, Association des hôpitaux de l'Ontario).

37 Association des psychiatres du Canada (APC), [Recommandations cliniques canadiennes sur l'aide médicale à mourir \(AMM\) : évaluation du critère d'admissibilité « grave et irrémédiable » chez les personnes atteintes de troubles mentaux qui demandent l'AMM et la gestion du risque suicidaire pendant le processus d'évaluation d'admissibilité de toutes les demandes d'AMM](#) [prépublication], mars 2026.

38 Jitender Sareen et coll., « [Canadian Psychiatry Human Resource Planning: Delphi-Method Study of Academic Chairs of Psychiatry of Canada](#) », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 71, n° 3, mars 2026. [EN ANGLAIS SEULEMENT] Voir également APC, [Recommandations cliniques canadiennes sur l'aide médicale à mourir \(AMM\) : évaluation du critère d'admissibilité « grave et irrémédiable » chez les personnes atteintes de troubles mentaux qui demandent l'AMM et la gestion du risque suicidaire pendant le processus d'évaluation d'admissibilité de toutes les demandes d'AMM](#) [prépublication], mars 2026, p. 5.

39 APC, Correspondance adressée à l'AMAD (objet : Réunion de l'AMAD du 14 avril 2026), 20 avril 2026, p. 2.

- « [L]’Évaluateur devrait examiner les raisons pour lesquelles [le Demandeur] n’a pas eu accès aux traitements ou au soutien habituels pour sa maladie, son affection ou son handicap, le cas échéant. »
- « L’Évaluateur devrait envisager d’utiliser des tests critériés ou des outils fondés sur des données probantes, selon le diagnostic ou le tableau clinique du Demandeur. »
- « L’Évaluateur devrait passer en revue les dossiers médicaux pertinents. »
- « [L]’Évaluateur devrait examiner les traitements tentés jusque-là, y compris leur durée et leur intensité, leurs résultats, ainsi que la gravité et la durée de la maladie, de l’affection ou du handicap. »
- « L’Évaluateur devrait adopter une approche biopsychosociale et axée sur le parcours de vie dans l’examen des diverses dimensions de la souffrance éprouvée par le Demandeur. »
- « Si les facteurs sociaux sont la seule ou la principale cause des souffrances du Demandeur, celui-ci ne serait pas, en vertu de la loi actuelle, considéré comme ayant un problème de santé grave et irrémédiable⁴⁰ ».

Parmi les recommandations cliniques concernant la gestion du risque de suicide du demandeur, on compte les recommandations suivantes :

4. L’Évaluateur devrait connaître les antécédents de comportements suicidaires du Demandeur et son état actuel. L’Évaluateur devrait demander ces renseignements au Demandeur, aux cliniciens participant aux soins du Demandeur, à d’autres personnes importantes (p. ex., membres de la famille, proches aidants) et/ou les obtenir en examinant les dossiers médicaux.

5. L’Évaluateur devrait déterminer si la demande d’AMM d’une personne découle d’une crise aiguë, de pensées suicidaires comme symptôme d’un trouble psychiatrique ou d’un désir raisonné de mourir découlant des souffrances causées par son état de santé.

40 APC, [*Recommandations cliniques canadiennes sur l’aide médicale à mourir \(AMM\) : évaluation du critère d’admissibilité « grave et irrémédiable » chez les personnes atteintes de troubles mentaux qui demandent l’AMM et la gestion du risque suicidaire pendant le processus d’évaluation d’admissibilité de toutes les demandes d’AMM*](#) [prépublication], mars 2026, p. 8 et 9.

- Les demandes d'AMM provenant de personnes en situation de crise suicidaire aiguë ne peuvent pas être évaluées⁴¹.

Selon l'évaluation de la D^{re} Gupta, les lignes directrices de l'APC sont fondées sur une méthodologie solide et étayées par une revue de la littérature scientifique. À son avis, ces lignes directrices de l'APC, ainsi que celles de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (ACEPA), démontrent que « les cliniciens de diverses disciplines sont d'accord sur la manière d'évaluer les aspects d'une demande d'AMM, et ils sont prêts à le faire⁴² ». Certains autres témoins ont convenu que le document de l'APC correspondait aux pratiques exemplaires⁴³.

Selon quelques témoins, le document de l'APC ne constitue pas une orientation adéquate⁴⁴. Le D^r K. Sonu Gaiind a critiqué le document de l'APC, en affirmant que celui-ci « souffrait d'un manque de données probantes » et qu'il avait pour fondement « un consensus de façade que la plupart des psychiatres ne partagent pas⁴⁵ ». Selon le D^r Sanjeev Sockalingam, du Centre de toxicomanie et de santé mentale, le document ne présente pas de critères fondés sur des données probantes : on n'y fait que décrire un processus d'évaluation⁴⁶. D'autres témoins ont souligné qu'il n'avait pas fait l'objet d'un

41 *Ibid.*, p. 12.

42 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 1945 (Mona Gupta).

43 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2025 (D^{re} Claire Gamache, psychiatre, Association des médecins psychiatres du Québec); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1925 (Gordon Gubitz); et AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1925 (D^r Sisco van Veen, psychiatre, à titre personnel).

44 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2000 (D^{re} Karin Neufeld, psychiatre et directrice du Département de psychiatrie, Université McMaster, à titre personnel); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2000 (D^{re} Ramona Coelho, médecin de famille, à titre personnel); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2045 (D^r Harvey Max Chochinov, professeur émérite de psychiatrie, Université du Manitoba, à titre personnel); AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 1905 (D^r John Maher, psychiatre, Ontario Association for ACT & FACT); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1940, 1955 (D^{re} Allison Crawford, médecin-hygiéniste en chef, 9-8-8 : Ligne d'aide en cas de crise de suicide); et AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1840 (D^r Sanjeev Sockalingam, vice-président principal, Éducation, et médecin-chef, Centre de toxicomanie et de santé mentale).

45 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2030 (D^r K. Sonu Gaiind, professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de l'Université de Toronto, à titre personnel). Voir également AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1945 (Ramona Coelho); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2120 (D^r Pierre Gagnon, psychiatre, à titre personnel); et AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2135 (D^r Jitender Sareen, chef du service de psychiatrie et professeur, Département de psychiatrie, Université du Manitoba, à titre personnel).

46 AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1840 (Sanjeev Sockalingam).

examen par les pairs⁴⁷. La D^{re} Karin Neufeld a indiqué qu'il ne reflétait pas un consensus parmi les directeurs de départements universitaires de psychiatrie⁴⁸.

Évaluation du caractère irrémédiable

Des témoins étaient divisés quant à la possibilité d'évaluer le caractère irrémédiable des troubles mentaux. La D^{re} Gupta a indiqué que l'ACEPA a publié, depuis 2024, un certain nombre de documents d'orientation, qui portent en particulier sur l'examen de l'incurabilité. Elle a ajouté que les lignes directrices de l'APC offrent une méthode permettant de déterminer si un trouble mental constitue un problème de santé grave et irrémédiable⁴⁹. Certains témoins, même s'ils reconnaissent la complexité de la question, ont affirmé que les cliniciens sont outillés pour évaluer le caractère irrémédiable du problème⁵⁰.

Néanmoins, d'autres témoins ont déclaré qu'il n'est pas possible actuellement de déterminer de façon fiable ce caractère irrémédiable en cas de maladie mentale,⁵¹ ou d'« établir une distinction fiable dans la pratique entre les rares cas où la souffrance est vraiment irrémédiable et ceux où le désespoir peut encore être traité⁵² ». Pour d'autres encore, ces exercices seront toujours infaisables.

47 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1955 (Karin Neufeld); et AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2135 (Jitender Sareen).

48 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1955 (Karin Neufeld).

49 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2015, 2030 (Mona Gupta). Voir également Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM, [Évaluer l'incurabilité pour les demandes d'aide médicale à mourir](#), mai 2025.

50 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026 (Gordon Gubitz); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1940 (Claire Gamache); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2005 (D^r Guillaume Barbès-Morin, psychiatre, Association des médecins psychiatres du Québec); et AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1845 (Sisco van Veen).

51 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2020 (K. Sonu Gaind); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1945, 2000 (Ramona Coelho); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2000 (Karin Neufeld); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2115 (Harvey Max Chochinov); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2050 (Pierre Gagnon); AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 1840 (John Maher); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2115 (Jitender Sareen); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2120 (D^r Sandip Singh Gandham, professeur adjoint de clinique, Département de médecine familiale, University of Alberta, à titre personnel); AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1830 (P^r Brian Mishara, directeur, Centre de recherche et d'interventions sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie, Université du Québec à Montréal, à titre personnel); AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1940 (Neil Bélanger, directeur général, Indigenous Disability Canada); et AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1835 (D^r Jim van Os, professeur de psychiatrie, à titre personnel).

52 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2120 (Sandip Singh Gandham).

Ainsi, le D^r Sockalingam a déclaré qu'« [i]l n'existe actuellement aucun critère établi ni aucun consensus parmi les psychiatres sur la question de savoir si une maladie mentale doit être considérée comme irrémédiable ou à quel moment elle doit l'être ». Il a ajouté que le Canada doit « investir considérablement dans la recherche », et qu'« il faudra beaucoup de temps » pour obtenir des données probantes robustes sur les outils de diagnostic et d'évaluation clinique en santé mentale⁵³.

La D^{re} Neufeld a relaté son travail auprès d'un demandeur d'AMM qui, à son avis, aurait répondu aux critères d'admissibilité, et les améliorations subséquentes de son état de santé ainsi que de sa vie, qui comprend désormais une volonté de vivre⁵⁴. Le Comité a entendu d'autres témoins parler de personnes qui ont vu leurs problèmes de santé mentale de longue date s'améliorer⁵⁵. Le D^r John Maher a affirmé que les pensées suicidaires peuvent disparaître et « [l]a souffrance peut toujours être atténuée⁵⁶ ».

En outre, selon le D^r Harvey Max Chochinov, la disponibilité de l'AMM peut miner la relation thérapeutique. À son avis, la solidité de cette relation est le facteur le plus déterminant pour ce qui est de permettre de prédire des résultats positifs⁵⁷. Des témoins ont mis en garde contre le fait que, en l'absence de critères établis ou d'un consensus, l'évaluation peut être « intrinsèquement subjective et arbitraire⁵⁸ », biaisée ou discriminatoire⁵⁹.

53 AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1840, 1845 (Sanjeev Sockalingam).

54 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1950 (Karin Neufeld).

55 Voir AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2045 (Harvey Max Chochinov); et AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1835 (Margaret McKinnon, professeure, Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, McMaster University). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1900 (Brian Mishara).

56 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 1840, 1920 (John Maher).

57 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2115 (Harvey Max Chochinov). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1905 (Brian Mishara).

58 AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1840 (Sanjeev Sockalingam).

59 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1945 (Ramona Coelho). Voir aussi Ramona Coelho, « [Discrimination-driven deaths—Analysing Ontario Coroner Reports on Euthanasia and Assisted Suicide](#) », *BMJ Supportive & Palliative Care*, 4 décembre 2024. [EN ANGLAIS SEULEMENT]

La D^{re} Lilian Thorpe a déclaré que l'AMM TM-SPMI « devrait être disponible à l'occasion, dans des circonstances rares », mais elle a souligné la nature imprévisible des troubles mentaux⁶⁰.

Une autre source de désaccord entre les témoins concernait le nombre de traitements auxquels les patients devaient s'être soumis avant que l'on puisse conclure à l'existence d'un problème de santé irrémédiable⁶¹. La D^{re} Gupta a rappelé au Comité que, même si des personnes capables peuvent refuser un traitement recommandé, un tel refus ne les rend pas automatiquement admissibles; autrement dit, le « processus est une évaluation d'admissibilité. Il ne sert pas à avoir accès à l'AMM sans condition⁶² ».

Distinguer les demandes d'aide médicale à mourir de la suicidalité

Les témoins n'avaient pas tous la même interprétation de la question de savoir si les demandes raisonnées d'AMM peuvent être différenciées de la suicidalité. Pour certains d'entre eux, l'établissement d'une telle distinction peut s'avérer complexe, sans toutefois être impossible⁶³. Le D^r Sisco van Veen a attiré l'attention sur l'utilisation par les psychiatres néerlandais des critères « bien connus et reconnus à l'échelle internationale » d'Appelbaum et de Grisso servant à évaluer la capacité des patients d'accepter ou de refuser un traitement⁶⁴.

La D^{re} Gupta a mentionné que les recommandations cliniques de l'APC traitent du risque suicidaire dans le cadre des demandes d'AMM, et que les évaluations en vue de l'AMM ne peuvent avoir lieu pendant les périodes de crise. Elle a fait remarquer que l'évaluation du risque de suicide est pertinente pour toute évaluation de demande d'AMM, que la suicidalité peut être associée tant aux troubles physiques qu'aux troubles mentaux, et que le simple fait d'avoir un trouble mental ne signifie pas nécessairement qu'une personne est à risque de suicide. Elle a demandé « pourquoi il est acceptable d'autoriser l'aide

60 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1840, 1900 (D^{re} Lilian Thorpe, professeure titulaire, Département de santé communautaire et d'épidémiologie et département de psychiatrie, University of Saskatchewan, à titre personnel).

61 Voir, par exemple AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 1950 (Mona Gupta); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2030 (Karin Neufeld); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2030 (Ramona Coelho); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2025 (Claire Gamache); AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 1840 (John Maher); et AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2155 (Jitender Sareen).

62 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 1950, 2000 (Mona Gupta).

63 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 1955 (Mona Gupta); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2025 (Claire Gamache); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1850 (Stefanie Green); et AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1920 (Sisco van Veen).

64 AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1920 (Sisco van Veen).

médicale à mourir pour une personne souffrant à la fois d'un trouble mental et d'un trouble physique et qui a eu des idées suicidaires, alors que cela sert de motif pour exclure les personnes dont les troubles mentaux sont le seul problème de santé⁶⁵ ».

Le Dr Gordon Gubitz, de l'ACEPA, et la Dre Claire Gamache, de l'Association des médecins psychiatres du Québec, ont aussi informé le Comité du fait que l'évaluation du risque suicidaire fait systématiquement partie de leur travail clinique⁶⁶. Le Dr Douglas Grant a expliqué que « [c]'est une pratique courante de la médecine [...] que de vérifier si un patient a la capacité de prendre des décisions et peut donner un consentement éclairé », et ce, y compris dans les cas complexes⁶⁷.

Cependant, d'autres ont affirmé que la distinction à faire entre une demande d'AMM et la suicidalité n'était pas encadrée par des orientations claires, que cet exercice était fondamentalement difficile ou qu'il était tout à fait impossible⁶⁸. Le Dr Sandip Singh Gandham a dit craindre « que, dans certains cas, nous ne répondions pas à une demande autonome et permanente d'aide à mourir, mais plutôt à la voix de la maladie elle-même⁶⁹ ».

Selon le Dr Gaind, les données relatives aux déclarations en matière d'AMM « ne tiennent pas compte de nombreux facteurs de risque de suicide connus. Nous ne pouvons donc pas évaluer pleinement dans quelle mesure la suicidalité est à l'origine des demandes d'aide médicale à mourir. » Cependant, il a indiqué que les données probantes démontrent l'existence de « facteurs de risque de suicide importants » liés aux demandes relevant de la voie 2 (c'est-à-dire celles concernant les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible). À son avis, les personnes souffrant de maladies mentales présentent des taux plus élevés de souffrance psychosociale, et « les facteurs liés à la difficulté de vivre sont en fait les mêmes que les facteurs de risque de suicide », de sorte qu'il devient impossible de faire la distinction entre les deux⁷⁰. Le

65 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 1945, 1955 (Mona Gupta).

66 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1940, 2025 (Claire Gamache); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1910 (Gordon Gubitz).

67 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2000 (Douglas Grant).

68 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2000 (Karin Neufeld); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2050, 2105 (Pierre Gagnon); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2115 (Harvey Max Chochinov); AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 1840 (John Maher); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1940 (Allison Crawford); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2115 (Jitender Sareen); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2120 (Sandip Singh Gandham); AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1830 (Brian Mishara); AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1840 (Sanjeev Sockalingam); et AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1900 (Jim van Os).

69 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2120 (Sandip Singh Gandham).

70 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 1940 (K. Sonu Gaind).

professeur Brian Mishara a fait valoir que, d'après des études, au Canada, plus de 90 % des personnes qui sont mortes par suicide avaient reçu ou auraient pu recevoir un diagnostic de maladie mentale⁷¹.

Le D^r Pierre Gagnon a lancé une mise en garde : l'usure de compassion chez les soignants, les patients et leurs proches peut également compliquer les prises de décision⁷². Il a toutefois indiqué avoir déjà évalué des patients souffrant de troubles mentaux comme étant capables de décider de refuser ou de cesser des traitements essentiels destinés à les maintenir en vie ou permettant de leur sauver la vie⁷³.

Certains psychiatres ont fait ressortir ce qu'ils considéraient comme une incohérence fondamentale si « [l]a psychiatrie revendique pouvoir à la fois empêcher un patient de se suicider et en aider un autre, qui éprouve le même type de souffrance, à mettre fin à ses jours⁷⁴ ». Comme l'a expliqué le D^r Jitender Sareen, « [c]ela touche au cœur de la pratique psychiatrique, qui est fondée sur l'évaluation et le traitement du désespoir et la prévention du suicide⁷⁵ ».

Différencier les troubles psychologiques des troubles physiques

Plusieurs témoins ont souligné le fait que les souffrances associées aux troubles mentaux sont bien réelles et peuvent être insupportables⁷⁶. Certains ont déclaré qu'il existe des cas complexes pour les troubles tant physiques que psychologiques, qu'il n'y avait aucune justification à faire la distinction entre les deux, et qu'aucun nouveau

71 AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1925 (Brian Mishara).

72 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2050 (Pierre Gagnon). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2130 (Harvey Max Chochinov).

73 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2140 (Pierre Gagnon). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2135 (Daphne Gilbert, professeure titulaire, Faculté de droit de l'Université d'Ottawa, à titre personnel).

74 AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1835 (Jim van Os).

75 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2115 (Jitender Sareen).

76 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 1945 (Mona Gupta); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2005 (Guillaume Barbès-Morin); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2120 (Sandip Singh Gandham); AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1840 (Sanjeev Sockalingam); AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1845 (Sisco van Veen); et AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1900 (Jim van Os). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1925 (Brian Mishara).

facteur de complexité ne surviendrait si l'expansion devait aller de l'avant⁷⁷. Même si le D^r van Veen percevait des différences entre la souffrance chronique physique et psychiatrique, ces différences ne lui paraissaient pas suffisantes pour justifier une interdiction totale de l'AMM pour des raisons psychiatriques. Il a ajouté que la souffrance est toujours subjective⁷⁸.

Pour d'autres témoins, comme le D^r Gagnon, la distinction pouvait se justifier par le fait que « [l]es idées suicidaires font intrinsèquement partie de la maladie mentale, ce qui n'est pas le cas des maladies physiques⁷⁹ ».

Gabrielle Peters, qui représentait l'organisme Le filibuster du handicap, a déclaré que « [l]a séparation entre maladie physique et maladie mentale est affirmée et maintenue par le modèle médical et l'État canadien ». Elle a ajouté que « [l]a cooccurrence de la maladie chronique et de la maladie mentale est courante⁸⁰ ».

Le D^r Guillaume Barbès-Morin a déclaré que la plupart des psychiatres au Canada sont adéquatement outillés pour évaluer tous les critères, et il s'est dit troublé par la possibilité que les patients atteints d'une maladie mentale puissent subir de la discrimination « juste parce qu'on n'est pas capable de voir leur maladie à l'aide d'un scanner ». Il a ajouté que la maladie mentale ne diffère pas des troubles liés au cerveau, tels que la sclérose en plaques, et que les cliniciens sont en mesure de reconnaître qu'un patient va bien ou souffre terriblement⁸¹. Comme l'a affirmé la D^{re} Gamache : « Selon les psychiatres du Québec, [les troubles mentaux graves] suscitent des souffrances équivalentes à celles qui sont causées par les troubles physiques. C'est seulement la façon dont ils se manifestent qui est vraiment différente⁸². »

77 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2135 (Jocelyn Downie); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1940, 2000, 2025 (Claire Gamache); AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 1945, 2005 (Mona Gupta); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2005, 2035 (Guillaume Barbès-Morin); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1910 (Gordon Gubitz); AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1845 (Sisco van Veen); et AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1950 (Helen Long). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2125 (Pierre Gagnon).

78 AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1845, 1935 (Sisco van Veen). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1840 (Sanjeev Sockalingam).

79 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2130 (Pierre Gagnon). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2115 (Jitender Sareen); et AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1925 (Brian Mishara).

80 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 1950 (Gabrielle Peters, cofondatrice, Le filibuster du handicap).

81 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2005 (Guillaume Barbès-Morin).

82 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1940 (Claire Gamache). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2005 (Guillaume Barbès-Morin).

Le Dr Sockalingam a expliqué que, pour certains problèmes physiques, les cliniciens peuvent confirmer un diagnostic et établir un pronostic en s'appuyant sur des marqueurs diagnostiques et des tests en laboratoire, alors que de telles options ne sont pas encore offertes dans le cas d'une maladie mentale, pour laquelle « les difficultés se manifestent davantage dans les différences quant à l'accès aux traitements, de telles iniquités étant probablement plus étendues⁸³ ». Il a souligné la nécessité d'allouer davantage de financement ainsi que de ressources pour faire progresser la recherche sur les évaluations et les traitements en matière de santé mentale⁸⁴.

Formation et perfectionnement professionnel

La D^{re} Stefanie Green a déclaré que le programme de formation sur l'AMM de l'ACEPA est un programme national entièrement agréé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada ainsi que l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Elle a également indiqué que l'ACEPA fournissait des orientations sur l'aptitude, l'incurabilité et les problèmes chroniques complexes⁸⁵. Elle a attesté de la préparation clinique des praticiens, lesquels, note-t-elle, évaluent des patients atteints d'une maladie mentale comorbide depuis les 10 dernières années⁸⁶.

Les D^{rs} Green et Gubitz ont décrit divers aspects de ce programme de formation de 27 heures, qui comprend des modules sur le capacitisme et la vulnérabilité, et ont indiqué que plus de 95 % des participants l'avaient jugé utile⁸⁷.

M^{me} Lawley a fait état des taux de participation suivants au programme :

La participation a triplé au cours des deux dernières années. Nous avons constaté une nette augmentation du nombre de ceux qui s'identifient comme ayant une spécialité en psychiatrie et comme omnipraticiens, le nombre de cliniciens ayant accès à cette formation ayant triplé, tant chez ceux qui s'identifient comme ayant une spécialité en

83 AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1850 (Sanjeev Sockalingam).

84 Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1850 (Sanjeev Sockalingam).

85 Voir Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (ACEPA), [Évaluation de l'aptitude à consentir de manière éclairée à l'aide médicale à mourir \(AMM\) : Examen et recommandations](#), avril 2020; ACEPA, [Évaluer l'incurabilité pour les demandes d'Aide médicale à mourir](#), mai 2025; et ACEPA, [Aide médicale à mourir \(AMM\) : Évaluations pour les personnes atteintes d'affections chroniques complexes](#), février 2023.

86 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1850 (Stefanie Green).

87 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1915 (Gordon Gubitz); et AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1930 (Stefanie Green).

psychiatrie que chez ceux qui ont terminé le module de l'AMM sur la santé mentale et l'AMM⁸⁸.

Toutefois, la professeure Catherine Frazee a critiqué le programme, le qualifiant de « conçu pour amener les praticiens à détourner le regard⁸⁹ » et leur éviter d'effectuer tout examen significatif. Elle a fait la déclaration suivante :

Ils ne peuvent pas ou ne veulent pas dissocier ces forces structurelles – je crois que vous les appelez des déterminants sociaux de la santé. Ils sont incapables de démêler ce genre de souffrance dans les cas d'incapacité physique stable.

Je conclus donc qu'il n'y a aucune raison de croire qu'ils le feront lorsque la maladie mentale est le seul problème médical invoqué⁹⁰.

Perspectives des membres de la profession

Selon le D^r Gaind : « La plupart des psychiatres au pays sont contre l'élargissement de l'AMM aux personnes dont le seul problème médical invoqué est la maladie mentale⁹¹. » Des témoins ont également souligné l'exposé de position de 2025 de l'American Psychiatric Association, qui s'oppose aux mesures législatives visant à autoriser l'AMM MM-SPMI⁹².

Selon la D^{re} Gamache, l'Association des médecins psychiatres du Québec, qui représente 25 % des psychiatres au Canada, « croit que les personnes qui ont un trouble mental ne peuvent pas être considérées comme des citoyens différents », et que « [l]es psychiatres sont prêts à soutenir les patients dans le processus [d'AMM]⁹³ ».

Le D^r Sareen a affirmé que le conseil de leadership en psychiatrie du Manitoba était « parvenu à un consensus clair[...] selon lequel l'expansion aux cas de troubles mentaux ne devrait pas aller de l'avant ». Il a fait référence à une lettre que des directeurs actuels et anciens des départements universitaires de psychiatrie de plusieurs provinces

88 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1905 (Sarah Lawley).

89 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 1955 (Catherine Frazee, professeure émérite, School of Disability Studies, Toronto Metropolitan University, à titre personnel).

90 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2040 (Catherine Frazee). Voir aussi Catherine Frazee, « [ABLEISM ENTRENCHED: Inside the Pedagogical Politics of Canada's MAiD Curriculum](#) », *Canadian Journal of Disability Studies*, vol. 15, n° 1, 2026. [EN ANGLAIS SEULEMENT]

91 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2030 (K. Sonu Gaind). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 1845 (John Maher).

92 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2115 (Jitender Sareen). Voir American Psychiatric Association, [Position Statement on Psychiatric Participation in Physician Assistance in Dying](#), juillet 2025. [EN ANGLAIS SEULEMENT]

93 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1940 (Claire Gamache).

canadiennes avaient envoyée au Comité, dans laquelle ils recommandaient une pause indéfinie de l'élargissement⁹⁴.

Le D^r Gubitz a souligné que la médecine clinique comporte toujours des divergences d'opinions, et que l'exigence de procéder à deux évaluations pour chaque demandeur d'AMM permet de veiller à l'obtention d'« un consensus sur le cas particulier en question⁹⁵ ».

La professeure Jocelyn Downie a fait la distinction entre la position des cliniciens sur l'état de préparation clinique et la question à savoir si l'expansion devrait avoir lieu, cette dernière relevant à son avis de la compétence du Parlement : « Il s'agit d'une décision de politique publique, et non d'une décision d'ordre clinique. L'état de préparation clinique relève du milieu clinique, et les cliniciens qui administrent l'aide médicale à mourir ont démontré qu'ils étaient prêts⁹⁶. »

État de préparation des systèmes de santé

Les témoignages concernant l'état de préparation des systèmes de santé au Canada ont mis l'accent sur la capacité de garantir les services de santé mentale nécessaires et de soutenir les mesures de prévention du suicide.

La capacité du système de santé mentale

Un thème récurrent dans les témoignages était l'urgence d'améliorer et de rendre plus équitable l'accès à des services adéquats en santé mentale⁹⁷. Certains témoins ont mis en doute la possibilité de déterminer le caractère irrémédiable de la maladie d'une personne en l'absence d'un accès suffisant à des services de santé mentale et à des

94 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2115 (Jitender Sareen). Voir Jitender Sareen et coll., [Préparation à l'AMM pour les troubles mentaux lorsque c'est la seule condition médicale invoquée](#), mémoire soumis à l'AMAD, 20 avril 2026.

95 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1925 (Gordon Gubitz).

96 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2100 (Jocelyn Downie).

97 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2010 (Karin Neufeld); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2010 (Ramona Coelho); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2010 (Guillaume Barbès-Morin); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2115 (Harvey Max Chochinov); AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2015 (Krista Carr, présidente-directrice générale, Inclusion Canada); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2120 (Sandip Singh Gandham); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1835, 1900, 1920 (Margaret McKinnon); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2145 (Jitender Sareen); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1940 (Allison Crawford); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2125 (Melissa Prokopy); AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1945 (Alician Duncan, à titre personnel); et AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 2035 (Helen Long).

services sociaux⁹⁸. Certains étaient d'avis que « [n]ous avons l'obligation de garantir l'accès aux traitements de santé mentale avant de permettre l'accès à l'aide médicale à mourir⁹⁹ ».

M^{me} Lawley a souligné que la capacité du système de santé mentale touche à « l'accès aux psychiatres pour des consultations, ainsi qu'un accès plus large aux services et traitements de santé mentale¹⁰⁰ ». Elle a ajouté :

Un certain nombre de conditions doivent être remplies avant que la maladie mentale puisse justifier l'aide médicale à mourir en tant que seul problème de santé sous-jacent. Ce qui nous préoccupe dans tout le pays, c'est de savoir si nous avons un système en place qui permettrait d'offrir du soutien à une personne pendant toute la durée de sa maladie, et je dirais que non¹⁰¹.

Les énoncés qui suivent comptent parmi les déclarations que certains témoins ont faites mettant en lumière des lacunes dans les soins de santé mentale au Canada :

[Les statistiques de l'Institut canadien d'information sur la santé] montrent que nous n'augmentons pas le nombre de psychiatres dans notre pays [...] et il reste inférieur au nombre de praticiens en santé familiale que nous fournissons¹⁰².

La demande de soins continue d'augmenter, mais la capacité de service n'en fait pas autant. Un Canadien sur trois déclare que ses besoins en matière de soins en santé mentale ne sont pas satisfaits ou ne le sont que partiellement. En Ontario seulement, les volumes de service en santé mentale ont augmenté de 66 % au cours des quatre dernières années¹⁰³.

Dans plusieurs provinces canadiennes, l'accès à des soins de santé mentale de qualité offerts en temps opportun représente un grave problème : 10 % des personnes attendent au moins six mois avant de recevoir des soins, et 50 % attendent un mois¹⁰⁴.

En 2025, l'Institut canadien d'information sur la santé a constaté que 41 % des adultes atteints d'une maladie mentale déclaraient que leurs besoins n'étaient pas satisfaits du tout, ou seulement partiellement, tandis que 52 % des jeunes adultes indiquaient qu'ils

98 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2150 (Melissa Prokopy); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2120 (Sandip Singh Gandham).

99 AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1830 (Brian Mishara).

100 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1835 (Sarah Lawley).

101 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1915 (Sarah Lawley).

102 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1835 (Sarah Lawley).

103 AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1840 (Sanjeev Sockalingam).

104 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2045 (Trudo Lemmens, professeur et titulaire de la Chaire Scholl en droit et politique de la santé, Jackman Faculty of Law, University of Toronto, à titre personnel).

ne pouvaient obtenir aucune aide ou qu'ils ne pouvaient obtenir qu'une aide limitée pour leur maladie mentale. Un Canadien sur trois a déclaré ne pas avoir accès aux services de santé mentale parce qu'il n'est pas en mesure d'en payer les frais¹⁰⁵.

M^{me} Lawley a noté que l'on ne connaissait pas encore le niveau de la demande de psychiatres si l'exclusion venait à être levée¹⁰⁶. Selon certains témoins, il résulterait de l'expansion très peu d'approbations supplémentaires d'AMM en pratique¹⁰⁷. Ainsi, la D^{re} Gamache a témoigné que, quant à elle, « un infime pourcentage » des 3 % de personnes qui souffrent de troubles mentaux graves pourraient devenir admissibles à l'AMM¹⁰⁸. La professeure Daphne Gilbert a déclaré : « [U]ne justification du maintien de l'exclusion est une allégation spéculative selon laquelle un grand nombre de personnes deviendront admissibles si l'interdiction est levée. Il n'y a aucune preuve à l'appui de cette affirmation¹⁰⁹. »

Selon Krista Carr, qui représentait Inclusion Canada, l'expansion constituerait « un élargissement énorme », étant donné que « nous envisageons maintenant d'étendre [l'AMM dans le cadre de la voie 2] à 297 autres étiquettes selon la définition des troubles mentaux dans le DSM-5¹¹⁰ » (cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*).

Selon M^{me} Lawley, en 2024, 4,4 % des cas d'AMM concernaient des personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible, soit 732 personnes, dont 13 auraient souffert d'une maladie mentale en plus d'un problème de santé sous-jacent. Toutefois, elle a fait remarquer que, « les praticiens n'étant pas tenus de fournir des informations détaillées sur l'ensemble des problèmes de santé d'un individu, ce résultat doit être interprété avec prudence¹¹¹ ».

Des témoins comme les D^{res} Coelho et Allison Crawford ont ajouté que de longs délais d'attente et l'accès inéquitable aux soins « peuvent engendrer ou aggraver des

105 AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1830 (Brian Mishara). Voir aussi Institut canadien d'information sur la santé, [Les besoins de nombreux Canadiens atteints de troubles mentaux ne sont pas satisfaits](#), 23 octobre 2025.

106 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1915 (Sarah Lawley).

107 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1835 (Sarah Lawley).

108 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1940, 2000 (Claire Gamache). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2015 (Guillaume Barbès-Morin).

109 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2100 (Daphne Gilbert).

110 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2040 (Krista Carr).

111 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1835 (Sarah Lawley).

souffrances susceptibles de conduire à des demandes d'AMM et à des pensées et des comportements suicidaires¹¹² ».

Le D^r Kevin Young, qui représentait l'Association des hôpitaux de l'Ontario, a indiqué que les obstacles existants à l'accès aux soins peuvent également compliquer les évaluations et l'administration de l'AMM. Par exemple, dans le cadre du processus de demande, les praticiens peuvent être amenés à organiser des consultations ou à solliciter des traitements accélérés pour les demandeurs, et ce parcours accéléré menant à des soins de santé mentale peut aggraver encore plus les iniquités dans l'accès¹¹³. Le D^r Sockalingam a noté les considérations éthiques et financières qui se dégagent des décisions d'accorder la priorité aux ressources consacrées à l'AMM ou à l'accès à des traitements efficaces¹¹⁴.

Le D^r Gagnon a également souligné la disparité entre la médecine mentale et la médecine physique sur le plan des ressources disponibles : « [L]orsque nous travaillons en soins palliatifs physiques et en psychiatrie, nous voyons que la psychiatrie est un parent pauvre pour ce qui est des diverses interventions¹¹⁵. »

La professeure Margaret McKinnon, témoignant sur la base de son expérience personnelle, a affirmé que le Canada n'était pas préparé à l'élargissement, principalement en raison des « inégalités dans la répartition des ressources et traitements en santé mentale¹¹⁶ ».

Suicide : risques et prévention

Des témoins ont mis en garde que l'élargissement de l'AMM pourrait mener à l'« effet dit de contagiosité du suicide¹¹⁷ », ou l'« effet Werther¹¹⁸ », et nuire aux initiatives de

112 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1940 (Allison Crawford). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1945 (Ramona Coelho).

113 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2125 (D^r Kevin Young, vice-président, Affaires médicales et chef du personnel, Centre de soins de santé mentale Waypoint, Association des hôpitaux de l'Ontario). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1855 (Sanjeev Sockalingam).

114 AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1855 (Sanjeev Sockalingam).

115 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2115 (Pierre Gagnon).

116 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1900 (Margaret McKinnon).

117 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1945 (Ramona Coelho); AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 2015 (Neil Belanger); et AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1835, 1940 (Jim van Os).

118 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 1845 (John Maher); et AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1900 (Brian Mishara).

prévention du suicide¹¹⁹. Le D^r Maher a noté que, dans les pays où l'AMM était autorisée, les taux de suicide avaient grimpé plus rapidement après sa légalisation¹²⁰. On a aussi fait référence à la déclaration de 2025 de l'Association internationale pour la prévention du suicide, qui prend position contre l'euthanasie et le suicide assisté¹²¹.

La D^{re} Crawford, en tant que médecin en chef du 9-8-8 : Ligne d'aide en cas de crise de suicide, a parlé d'un « chevauchement¹²² » entre les personnes qui ont des idées suicidaires et celles qui envisagent d'avoir recours à l'AMM. Elle a ajouté que 7 % des utilisateurs de la ligne d'aide, qui représentent près de 70 000 appels et messages textes, mentionnent l'AMM. Elle a également indiqué que, parmi les personnes qui parlaient d'AMM, 74 % ont eu des pensées suicidaires au cours des deux jours précédents, contre 48 % parmi les autres interlocuteurs¹²³.

Certains témoins ont suggéré que la possibilité d'obtenir l'AMM pourrait contribuer à prévenir le suicide¹²⁴. Le D^r Barbès-Morin a dit craindre qu'en l'absence de la possibilité d'obtenir l'AMM, « [d]es patients vont s'enlever la vie parce qu'on ne les écoute pas », alors que, « [s]i on les accompagnait, ils pourraient reprendre espoir et on pourrait les accompagner plus loin au moyen de traitements¹²⁵ ». Dans la même veine, la D^{re} Thorpe a décrit un effet paradoxal, selon lequel les demandes d'AMM de la voie 2 amènent les personnes à « être mise[s] en contact avec les ressources disponibles » et à « s'engager dans un traitement approprié », de sorte qu'elles voient leur qualité de vie s'améliorer¹²⁶.

Par opposition, le D^r Maher a affirmé : « L'idée que le suicide assisté est préférable à une mort tragique passe complètement à côté de l'essentiel. Ce qui est préférable, c'est un traitement visant à prévenir une mort tragique aussi bien que l'aide médicale à mourir¹²⁷. » Le D^r van Veen a expliqué que la relation entre la suicidalité et l'AMM

119 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1940 (Allison Crawford); et AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1830 (Brian Mishara).

120 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 1840 (John Maher).

121 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1950 (Ramona Coelho); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1940 (Allison Crawford); et AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2115 (Jitender Sareen). Voir International Association for Suicide Prevention, [IASP Position Statement on Assisted Suicide and Euthanasia \(2025\)](#). [EN ANGLAIS SEULEMENT]

122 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1950 (Allison Crawford).

123 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1940, 1950 (Allison Crawford).

124 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2120 (Jocelyn Downie).

125 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2010 (Guillaume Barbès-Morin).

126 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1840 (Lilian Thorpe).

127 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 1930 (John Maher).

psychiatrique était très complexe. Il a ajouté que les patients, surtout ceux présentant des idées suicidaires persistantes, en grande partie « souhaitent établir un lien pour parler de leur désir de mourir », plutôt que de voir un médecin donner suite immédiatement à une demande d'AMM¹²⁸.

État de préparation de la réglementation

Finalement, les témoins ont expliqué au Comité l'état de préparation du point de vue réglementaire. Des témoins ont souligné la multiplication de la surveillance¹²⁹, Eliana Close ayant expliqué que la réglementation de l'AMM implique non seulement le *Code criminel*, mais comprend aussi les lignes directrices, la formation, les pratiques institutionnelles et les communautés de pratique¹³⁰. Certains témoins ont exprimé des inquiétudes, notamment au sujet de cas de non-conformité possible ainsi que du manque perçu de mesures de sauvegarde nécessaires pour permettre d'atteindre un juste équilibre entre l'assurance de l'accès ou de l'autonomie et la protection des populations potentiellement vulnérables. Des considérations constitutionnelles ont également été soulevées. Ces discussions sont résumées ci-dessous.

Surveillance et contrôle

Cadre général

M^{me} Close a déclaré que le système fédéral de surveillance, qui consiste à recueillir des données agrégées sur la prestation de l'AMM, est « rigoureux », et que « [l]'AMM est l'une des pratiques médicales faisant l'objet des rapports les plus complets au pays ». Elle a ajouté que « [l]es rapports annuels de Santé Canada sur l'AMM comptent parmi les plus détaillés au monde¹³¹ ».

Le terme « contrôle » (ou parfois « surveillance ») dans le contexte provincial désigne l'examen de cas individuels visant la vérification de leur conformité à la loi et aux normes applicables. M^{me} Close et la D^{re} Green ont indiqué que plus de 90 % des cas d'AMM font l'objet d'une forme d'examen rétrospectif, par l'intermédiaire des mécanismes provinciaux

128 AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1915 (Sisco van Veen).

129 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1920 (Stefanie Green); AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1935 (Eliana Close); et AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1955 (Douglas Grant).

130 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1935 (Eliana Close).

131 *Ibid.* Voir Santé Canada, [Sixième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada](#), novembre 2025; et [Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir](#), DORS/2018-166.

de contrôle et de reddition de comptes¹³². Le D^r Gubitz a expliqué que, dans le cadre de certains régimes de surveillance provinciaux, on a recours à un examen rétrospectif des dossiers, alors que, dans d'autres, on utilise un examen prospectif et rétrospectif¹³³.

M^{me} Close a également évoqué l'importance de la « réglementation sur le terrain » en médecine, expliquant que « [l]a réglementation sur le terrain élargit la réglementation formelle à la pratique quotidienne et comprend des recommandations de pratique clinique, des consultations entre pairs et des pratiques exemplaires ». Elle a souligné, à titre d'exemple, l'équipe à l'échelle de la Nouvelle-Écosse, qui est informée de tous les cas d'AMM et qui fournit un soutien prospectif ainsi qu'un examen rétrospectif¹³⁴.

Organismes de réglementation

Le Comité a entendu des points de vue différents en ce qui a trait à l'efficacité du contrôle exercé par les organismes de réglementation professionnelle.

Selon la professeure Downie, les ordres professionnels de réglementation sont prêts pour l'élargissement de l'AMM¹³⁵. Le D^r Douglas Grant a affirmé que le College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia « sera prêt, car il est de notre devoir légal de l'être ». Il a également évoqué une lettre de la Fédération des ordres des médecins du Canada qui témoignait de cette préparation¹³⁶.

Plusieurs témoins ont également indiqué que les médecins ont l'obligation professionnelle et réglementaire d'être compétents lorsqu'ils entreprennent une activité clinique, ainsi que d'exercer leur profession dans les limites de leur champ d'exercice¹³⁷.

Le D^r Grant a fait référence à la multiplication des règlements et des normes professionnelles, dont l'obligation de signaler tout comportement non professionnel. Il a expliqué que les ordres professionnels enquêtent rapidement sur les allégations

132 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1935 (Eliana Close); et AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1920 (Stefanie Green).

133 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1920 (Gordon Gubitz).

134 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1935 (Eliana Close).

135 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2110 (Jocelyn Downie).

136 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1945 (Douglas Grant). Voir Fédération des ordres des médecins du Canada, Correspondance soumise à l'AMAD, 24 mars 2026.

137 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2010 (Mona Gupta); AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2110 (Jocelyn Downie); et AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1925 (Gordon Gubitz).

d'inconduite professionnelle, et que, si les préoccupations sont fondées, ils imposent les sanctions provisoires disponibles et transmettent le dossier à la police¹³⁸.

M^{me} Close s'est dite confiante de l'efficacité des mécanismes de « réponse à plusieurs niveaux » des organismes de réglementation et a indiqué que, selon les données du Comité d'examen des décès par l'AMM (CEDA) de l'Ontario, « aucun cas d'aide médicale à mourir n'a été transmis à la police ». Elle a affirmé que « le système canadien d'aide médicale à mourir est doté de réels atouts réglementaires, d'un contrôle rigoureux, d'un suivi exhaustif et d'un écosystème à plusieurs niveaux », et que les recommandations cliniques et la réglementation sur le terrain sont les mieux placées pour gérer l'AMM TM-SPMI. Elle a toutefois recommandé une plus grande transparence dans le contrôle assuré par les autorités provinciales et l'amélioration continue de la qualité¹³⁹.

D'autres témoins ont exprimé des réserves au sujet de la surveillance et de la discipline professionnelles, notamment en ce qui a trait à l'efficacité du régime législatif pour ce qui est de sanctionner l'inconduite professionnelle, d'assurer une interprétation appropriée des critères ou des mesures de sauvegarde et de trouver un équilibre entre accessibilité et protection¹⁴⁰. Ces enjeux sont abordés ci-après.

Critères d'admissibilité et mesures de sauvegarde : concilier accès et protection

Selon certains témoins, aucune mesure de sauvegarde législative supplémentaire n'est nécessaire¹⁴¹. Le D^r van Veen a tenu des propos favorables sur le cadre à deux volets du Canada¹⁴². D'autres personnes étaient d'avis que les mesures de sauvegarde étaient insuffisantes, ou qu'aucune mesure ne pourrait garantir l'atténuation des préoccupations exprimées¹⁴³.

138 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1955, 2005, 2010 (Douglas Grant).

139 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1935, 2005, 2010, 2015 (Eliana Close).

140 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2035 (Ramona Coelho); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2035 (Karin Neufeld); et AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 1925 (John Maher).

141 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2120 (Daphne Gilbert); et AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2010 (Eliana Close).

142 AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1845, 1905 (Sisco van Veen).

143 AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1940 (Neil Belanger); et AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 2015 (Roderick McCormick, professeur, Thompson Rivers University, à titre personnel).

Certains témoins ont exprimé des réticences découlant de ce qu'ils perçoivent comme le manque de mesures de sauvegarde adéquates pour l'AMM TM-SPMI¹⁴⁴, ou d'une éventuelle « variabilité des évaluateurs¹⁴⁵ » dans l'interprétation des critères d'admissibilité et des mesures de sauvegarde¹⁴⁶. Parmi les autres questions connexes soulevées, notons la possibilité que des évaluateurs « interprètent la loi de façon libérale¹⁴⁷ », l'application disproportionnée de l'AMM que pourraient fournir « une poignée de cliniciens laxistes¹⁴⁸ » et le « magasinage de docteur¹⁴⁹ ». Mme Lawley, de Santé Canada, a également confirmé que les évaluations en vue de l'AMM ne sont pas partagées entre les administrations et que les praticiens ne sont pas tenus d'intervenir au-delà de leur administration; lorsqu'on lui a demandé si les évaluateurs doivent tenir compte des instances où une personne s'est vu refuser l'AMM par des évaluateurs précédents, elle a indiqué ne pas être au courant de la question à savoir si cela figurait dans la liste de vérification des évaluateurs de l'AMM¹⁵⁰. Le D^r Wilbert van Rooij a encouragé le Comité à écouter les cliniciens « qui ont vu les mesures de précaution s'affaiblir, les critères s'assouplir et la procédure se substituer à la présence humaine¹⁵¹ ».

Christopher Lyon a exprimé de sérieuses inquiétudes quant à la suffisance des lois relatives à l'AMM et à leur interprétation par les évaluateurs¹⁵². Il a décrit ce qu'il percevait comme la mort injustifiée de son père découlant de l'AMM, et a qualifié le système de la Colombie-Britannique de « véritable jeu de ping-pong entre les associations professionnelles, la police et les coroners¹⁵³ ».

144 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2040 (Karin Neufeld); AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2035 (K. Sonu Gaiind); et AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2030 (Krista Carr).

145 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2015 (Ramona Coelho). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1915 (Jim van Os).

146 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2105 (Harvey Max Chochinov); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2105 (Pierre Gagnon); et AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1955 (Alexander Schadenberg, directeur général, Coalition pour la prévention de l'euthanasie).

147 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2050 (Catherine Frazee).

148 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2045 (Trudo Lemmens).

149 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 1840 (John Maher); et AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 2020 (Alexander Schadenberg).

150 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1850 (Sarah Lawley).

151 AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1845 (D^r Wilbert van Rooij, psychiatre, à titre personnel).

152 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 1830, 1910 (Christopher Lyon, chercheur invité, Centre for Death and Society, University of Bath, à titre personnel).

153 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 1830 (Christopher Lyon).

Alicia Duncan a déclaré que les circonstances entourant la mort de sa mère, survenue dans le cadre de l'AMM, indiquaient que le Canada n'était pas prêt pour l'expansion. D'après son expérience, le cadre ne permet pas aux familles d'intervenir en cas de crise, de vérifier par la suite le respect de la loi, ni de contrôler la surveillance et la reddition de comptes¹⁵⁴.

Michelle Hewitt, du mouvement Le handicap sans la pauvreté, a raconté son expérience entourant la mort de son mari, Victor, au moyen de l'AMM, une expérience qu'elle a trouvée douloureuse et indigne. Selon elle, les évaluateurs avaient fait preuve de laxisme dans le respect des critères. Elle a ajouté que « [l]e programme d'aide médicale à mourir est gravement défaillant¹⁵⁵ ».

Le Dr Maher a décrit ce qu'il considérait comme un cas de prestation illégale d'AMM¹⁵⁶. Il a déclaré que, compte tenu de la réalité clinique, les mesures de sauvegarde « relèvent de l'utopie » et « vont échouer¹⁵⁷ ».

Alexander Schadenberg, de la Coalition pour la prévention de l'euthanasie, en est venu à la conclusion qu'au lieu d'élargir l'AMM,

[l]e Parlement doit examiner le fonctionnement effectif de la loi canadienne sur l'euthanasie. Comment la loi a-t-elle été appliquée? Permet-elle d'atteindre les objectifs visés? Y a-t-il des abus par rapport à l'intention initiale? La loi doit-elle être modifiée¹⁵⁸?

Les vulnérabilités socioéconomiques

Le Comité a appris que les problèmes relatifs au cadre actuel de l'AMM pourraient laisser présager des difficultés découlant d'une expansion future, surtout en ce qui a trait à certaines vulnérabilités particulières.

La Dre Coelho a effectué une mise en garde : les cas examinés par le CEDA « soulignent une admissibilité prématurée, des mesures de sécurité insuffisantes et l'omission de soulager la souffrance avant de mettre fin à la vie ». Elle a ajouté que les statistiques du CEDA révèlent « que les patients de la voie 2 souffraient d'une grande vulnérabilité

154 AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1945 (Alicia Duncan, à titre personnel).

155 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2005 (Michelle Hewitt, présidente du conseil, Le handicap sans pauvreté).

156 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 1845 (John Maher). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2020 (Ramona Coelho).

157 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 1850 (John Maher).

158 AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1955 (Alexander Schadenberg).

sociale et de troubles mentaux non traités ». Selon elle, ces facteurs laissent entendre que, « [b]ien que l'on présente l'aide médicale à mourir comme un choix, de nombreuses influences peuvent pousser les gens à la demander¹⁵⁹ ».

La professeure Downie a indiqué que le CEDA n'évalue pas la conformité au cadre juridique, et que ses rapports ne reflètent pas un consensus et ne présentent pas de conclusions, mais plutôt les avis de différents membres¹⁶⁰.

Le Dr Gandham était au nombre des témoins qui s'inquiétaient des vulnérabilités structurelles et de leur rôle éventuel dans l'occultation des facteurs de la souffrance lors des évaluations de l'admissibilité :

Les demandes de mort ne surviennent pas en vase clos. Elles peuvent émerger dans un contexte de traumatisme, de pauvreté, d'isolement, de logement inadéquat, de traitements prolongés et de manque d'accès aux soins et au soutien. [...] En pareils cas, la souffrance peut être réelle, mais il est possible d'y remédier par des mesures sociales plutôt que par l'aide médicale à mourir¹⁶¹.

Des témoins craignaient que les vulnérabilités systémiques, les iniquités ainsi que l'accès inadéquat aux soins de santé et aux services de soutien social aient pour effet de compliquer l'évaluation du caractère irrémédiable ou de priver une personne de solutions de rechange valables à l'AMM¹⁶². Le Comité s'est également fait dire que « les inégalités systémiques, notamment celles liées au racisme, à la pauvreté, à l'itinérance et d'autres peuvent aggraver la santé mentale¹⁶³ ».

Des témoins ont fait ressortir certains groupes précis. Le professeur Trudo Lemmens a soulevé les risques auxquels font face les « gens atteints de plusieurs affections¹⁶⁴ ». Krista Carr a affirmé que « [l]a voie 2 de l'aide médicale à mourir ne s'applique qu'aux personnes handicapées qui ne sont pas en fin de vie » et qu'elle est incompatible avec les obligations nationales et internationales du Canada en matière de droits de la

159 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1945 (Ramona Coelho). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2045 (Trudo Lemmens); et Ontario, Ministère du Solliciteur général, Bureau du coroner en chef, [MAiD Death Review Committee Report 2024 – 3 : Navigating Vulnerability in Non-Reasonably Foreseeable Natural Deaths](#). [EN ANGLAIS SEULEMENT]

160 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2120 (Jocelyn Downie).

161 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2120 (Sandip Singh Gandham). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 1840 (John Maher).

162 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2120 (Sandip Singh Gandham); et AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2005 (Krista Carr). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2035 (Michelle Hewitt).

163 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2125 (Kevin Young).

164 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2045 (Trudo Lemmens).

personne. À l'instar de certains autres témoins, elle a rappelé que le Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies a recommandé¹⁶⁵ que le gouvernement du Canada abroge le deuxième volet de l'AMM, y compris pour l'AMM MM-SPMI¹⁶⁶. La professeure Gilbert s'est interrogée sur le caractère équilibré de ce rapport des Nations Unies et a exhorté le Comité à accorder la priorité aux études objectives¹⁶⁷.

Le D^r Gaind a indiqué que, parmi les personnes qui ont reçu l'AMM dans le cadre du volet 2, les données démontrent des « signes de marginalisation » et une plus grande proportion de femmes que d'hommes. À son avis, « [c]ette situation s'aggraverait si l'aide médicale à mourir était offerte aux personnes qui souffrent d'une maladie mentale et de dépendances¹⁶⁸ ».

Selon le témoignage des professeures Elizabeth Sheehy et Isabel Grant, « [s]i l'aide médicale à mourir est étendue aux personnes dont la seule invalidité est d'être atteintes de troubles mentaux, elle mettra fin de façon disproportionnée à la vie des femmes atteintes d'une maladie mentale, tout comme la voie 2 met déjà fin de manière disproportionnée à la vie d'autres femmes handicapées¹⁶⁹ ». Selon la professeure Sheehy, les données de Santé Canada indiquent qu'environ 59 % de tous les décès relevant du deuxième volet en 2022 et en 2023 concernaient des femmes, et 57 % en 2024. Elle a souligné un lien entre la violence masculine et la maladie mentale et le suicide chez les femmes, en dénonçant le manque de données canadiennes sur l'effet des traumatismes sur les demandes d'AMM. Elle a conclu que « [l]es ressources du Canada devraient servir à offrir un meilleur soutien aux femmes atteintes de maladie mentale afin qu'elles puissent échapper à la violence masculine et vivre dans la dignité¹⁷⁰ ».

M^{me} Carr a déclaré que « les données dont nous disposons sur la voie 2 nous indiquent que les personnes qui y ont recours sont de manière disproportionnée des femmes, des

165 Nations Unies, Comité des droits des personnes handicapées, [Observations finales concernant le rapport du Canada valant deuxième et troisième rapports périodiques](#), 15 avril 2025.

166 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2005 (Krista Carr). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2045 (Trudo Lemmens); AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1950 (Ramona Coelho); AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2105 (Elizabeth Sheehy, professeure émérite de droit, Université d'Ottawa, à titre personnel); AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1935 (Neil Belanger); et AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1955 (Alexander Schadenberg).

167 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2135 (Daphne Gilbert). Toutefois, voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2135 (Isabel Grant, professeure Killam de l'University of British Columbia, à titre personnel).

168 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 1940 (K. Sonu Gaind).

169 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2105 (Elizabeth Sheehy).

170 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2105, 2110 (Elizabeth Sheehy).

Autochtones, des personnes vivant dans la pauvreté, à faible revenu et isolées, qui ont le sentiment d'être un fardeau pour leur famille¹⁷¹ ».

D'autres témoins ont mis l'accent sur différents éléments ou interprétations de ces données. De l'avis de la D^{re} Gupta, les données de Santé Canada démontrent que « l'aide médicale à mourir est davantage sollicitée par les personnes plus aisées, de race blanche et bénéficiant d'une meilleure situation sociale¹⁷² ». En faisant écho à ces conclusions, la professeure Gilbert et la D^{re} Green ont souligné des recherches récentes¹⁷³. La professeure Gilbert a ajouté que le nombre de femmes recevant l'AMM « correspond à l'épidémiologie des populations atteintes de maladies chroniques. Les femmes sont plus susceptibles de développer ces maladies et moins susceptibles d'en mourir¹⁷⁴. »

La professeure Downie a indiqué que les données de Santé Canada sur tous les cas d'AMM depuis 2016 « montrent que la marginalisation et les vulnérabilités socioéconomiques ne sont pas des facteurs déterminants dans les demandes d'AMM ». Elle a ajouté que, selon ces données, « plus de 90 % des personnes qui ont un handicap et qui demandent l'aide médicale à mourir ont accès à des mesures de soutien et à des services qui leur sont destinés¹⁷⁵ ».

Les Autochtones

Une représentante de Santé Canada a fait ressortir la consultation menée par le Ministère ainsi que le rapport qui en a découlé au sujet des points de vue autochtones sur les soins de fin de vie et l'AMM. Elle a également souligné la mobilisation continue des partenaires autochtones par le gouvernement¹⁷⁶.

171 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2010 (Krista Carr). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2105 (Elizabeth Sheehy).

172 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2015 (Mona Gupta). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1840 (Lilian Thorpe).

173 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2120 (Daphne Gilbert); et AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1930 (Stefanie Green). Voir James Downar et Kieran L. Quinn, « La marginalisation structurelle est-elle favorable à l'aide médicale à mourir (AMM) au Canada? Interprétation des données d'observation, du contexte social et des rapports réglementaires », [Revue canadienne de l'AMM](#), Volume 1, numéro 1, Automne 2025.

174 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2120 (Daphne Gilbert).

175 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2040, 2125 (Jocelyn Downie). Voir Santé Canada, [Sixième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada](#), novembre 2025.

176 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1910 (Sarah Lawley). Voir Santé Canada, [Perspectives autochtones sur les soins de fin de vie, y compris l'aide médicale à mourir : Ce que nous avons entendu](#), décembre 2025.

Le Comité a entendu Neil Belanger, représentant de l'organisme Indigenous Disability Canada (IDC). Il a décrit le travail mené par IDC auprès de personnes dont les besoins médicaux et sociaux n'avaient pas été satisfaits et pour qui la voie 2 de l'AMM avait été approuvée. Selon lui, une décision d'envisager ou de recevoir l'AMM motivée par un manque de soutien ne constitue pas un acte effectué volontairement et de plein gré. Il a ajouté que, souvent, le financement au sein des communautés des Premières Nations n'est pas suffisant pour permettre de traiter les problèmes de santé mentale, et que la consultation de Santé Canada a attiré peu de participants autochtones. Sa seule recommandation était « que nous fournissions des services de qualité, adaptés et en temps opportun aux personnes dont la maladie mentale est la seule condition sous-jacente, ainsi qu'aux personnes, notamment aux populations autochtones, en situation de handicap¹⁷⁷ ».

Le professeur Roderick McCormick a qualifié l'élargissement de l'AMM d'« abdication de responsabilité de la part du gouvernement du Canada » :

Au lieu de faire tous les efforts possibles pour fournir la gamme de services de santé mentale dont les Autochtones ont besoin pour surmonter leur douleur, le Canada leur impose plutôt le fardeau de décider s'ils devraient ou non choisir une solution permanente sanctionnée par le gouvernement et par la médecine à ce qui pourrait facilement être un problème temporaire¹⁷⁸.

Le professeur McCormick a décrit les nombreux facteurs qui contribuent à faire des « Autochtones [...] l'un des segments les plus vulnérables de la société canadienne », comme un passé de colonisation et une oppression continue, un accès limité à des débouchés et à des services, ainsi que des taux disproportionnellement élevés de traumatismes non résolus, de maladie et de suicide¹⁷⁹. Il voyait aussi l'AMM comme étant « biaisée sur le plan culturel, en ce sens qu'elle met l'accent sur le droit de l'individu à l'autonomie et au choix sans prendre les autres en considération¹⁸⁰ ».

177 AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1935, 1955, 2005, 2010 (Neil Belanger).

178 AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1940 (Roderick McCormick).

179 *Ibid.* Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2125 (Kevin Young); et AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1955 (Neil Belanger).

180 AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1940 (Roderick McCormick).

Les personnes handicapées et les personnes ayant une expérience vécue

La professeure McKinnon a exhorté le Comité à considérer les Canadiens qui, comme elle, « se sentiront en danger et craindront pour leur sécurité si cette législation est adoptée¹⁸¹ ».

Gabrielle Peters a signalé une étude selon laquelle « le soutien à l'euthanasie en cas de maladie mentale était positivement corrélé avec des attitudes de stigmatisation envers les personnes atteintes ». Elle a affirmé qu'une mauvaise compréhension des droits des personnes handicapées était invoquée au nom de l'expansion de la portée de l'AMM, et qu'il fallait faire cesser cette expansion¹⁸². D'après Krista Carr, les personnes avec lesquelles Inclusion Canada travaille « estiment que la disponibilité de l'aide médicale à mourir par la voie 2 et son élargissement renforcent les stéréotypes et constituent une discrimination à l'égard de leur vie, en laissant entendre que celle-ci ne vaut pas la peine d'être vécue ou sauvée¹⁸³ ».

Helen Long, qui représentait Mourir dans la dignité Canada, a lu au Comité les déclarations de personnes atteintes d'une maladie mentale qui soutiennent l'AMM MM-SPMI, notamment les suivantes :

- John Scully –

Je souffre de troubles mentaux graves, notamment d'une dépression incurable, d'un trouble de stress post-traumatique incurable et d'un trouble anxieux incurable. J'ai reçu ces diagnostics pour la première fois il y a 30 ans et depuis, j'ai été traité dans sept hôpitaux psychiatriques, j'ai suivi tous les traitements possibles et pris tous les médicaments connus, y compris tous ceux développés depuis 1950. À ce jour, aucun n'a eu d'effet positif sur moi, et certains ont eu des effets dangereux¹⁸⁴.

- Savannah Meadows –

Je suis sûre que vous comprenez que certains problèmes de santé mentale sont si graves et la douleur qu'ils causent est si intense qu'ils ne peuvent pas être traités efficacement ou guéris. Lorsqu'une personne souffre d'une immense douleur mentale

181 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 1835 (Margaret McKinnon).

182 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 1950 (Gabrielle Peters).

183 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2025 (Krista Carr).

184 AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1950 (Helen Long).

et qu'aucun traitement ne peut l'aider, dans le système actuel, on laisse les gens souffrir gravement, ce qui constitue un châtement cruel et inhabituel¹⁸⁵.

- Claire Elyse Brosseau –

Je suis traitée depuis 35 ans. Certaines personnes ne répondent pas au traitement. C'est une réalité médicale, et non un débat philosophique. Les généralisations... et les suppositions ne nous protègent pas, mais elles dédouanent les gens. Elles nous excluent. L'égalité ne doit pas se traduire par des restrictions particulières. La spéculation ne vaut pas une expérience vécue¹⁸⁶.

Considérations constitutionnelles

Divers témoins ont soulevé des enjeux constitutionnels à considérer dans le cadre de la discussion sur l'opportunité d'élargir ou de restreindre l'AMM. Il a également été mentionné que des contestations judiciaires constitutionnelles étaient en cours¹⁸⁷, certains témoins ayant fait ressortir la lourde charge qui pèse sur les plaideurs dans ces cas¹⁸⁸.

Pour certains témoins, le risque de discrimination réside dans l'expansion prévue de l'AMM ou même dans la disponibilité du volet 2¹⁸⁹, tandis que, pour d'autres, ce genre de discrimination découlerait du maintien de l'exclusion¹⁹⁰.

Une représentante du ministère fédéral de la Justice a souligné qu'« autoriser et interdire l'aide médicale à mourir peut être conforme à la Charte, que ce soit en vertu de l'article 7 ou de l'article 15¹⁹¹ ». L'article 15 garantit les droits à l'égalité, y compris le droit des personnes à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de

185 *ibid.*

186 *ibid.*

187 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2135 (Jocelyn Downie); AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2050 (Catherine Frazee); AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2125 (Daphne Gilbert); AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2145 (Isabel Grant); et AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 2015 (Neil Belanger).

188 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2145 (Daphne Gilbert); et AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 2035 (Helen Long).

189 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 1940 (K. Sonu Gaind); et AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2005 (Krista Carr).

190 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 1945 (Mona Gupta); AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2040 (Jocelyn Downie); et AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2100 (Daphne Gilbert).

191 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1905 (Kimberly Gibner).

toute discrimination. Après avoir renvoyé le Comité aux énoncés concernant la Charte¹⁹², cette responsable a ajouté :

Dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême du Canada a souligné que le Parlement dispose, en vertu de la Charte, d'une marge de manœuvre pour déterminer comment concilier les intérêts contradictoires en jeu dans le cadre de l'AMM. La question difficile de savoir s'il convient d'autoriser l'AMM sur la seule base de la santé mentale, et à quel moment on peut le faire, peut trouver différentes réponses conformes à la Charte¹⁹³.

Une autre représentante du ministère de la Justice a aussi mentionné qu'aucune cour ne s'était encore penchée sur l'AMM TM-SPMI en fonction de la législation actuelle, et que la Cour suprême avait noté dans l'arrêt *Carter* que sa position reflétait les faits de cette affaire, qui ne concernait pas un trouble mental¹⁹⁴.

La professeure Downie a affirmé que le cadre juridique actuel est suffisant, et que les conditions de préparation réglementaire sont remplies, de sorte que « du point de vue juridique, la réponse à la question de savoir si l'AMM MM-SPMI doit être permise était et est encore un "oui" catégorique ». Selon elle, si l'on maintenait l'interdiction, cela violerait les droits des personnes atteintes de maladie mentale garantis par les articles 7 et 15 de la *Charte*. Elle a tenu le raisonnement suivant : dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême avait jugé « que l'interdiction de l'AMM était inconstitutionnelle lorsqu'elle s'applique aux personnes affectées de problèmes de santé graves et irrémédiables, y compris d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap. Les maladies mentales tombent dans cette catégorie¹⁹⁵ ». Selon elle, les décisions rendues dans les affaires *E.F.* et *Truchon* confirment une telle interprétation¹⁹⁶. Les professeures Downie et Gilbert ont également fait référence à la décision de la Cour suprême dans l'affaire *Ontario (Procureur général) c. G*¹⁹⁷ à l'appui de la position selon laquelle « l'interdiction générale

192 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1925 (Kimberly Gibner); Gouvernement du Canada, [Projet de loi C-7 : Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\) – Énoncé concernant la Charte](#), 21 octobre 2020; Gouvernement du Canada, [Projet de loi C-39 : Loi modifiant la Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\) – Énoncé concernant la Charte](#), 15 février 2023; et Gouvernement du Canada, [Projet de loi C-62 : Loi no 2 modifiant la Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\) – Énoncé concernant la Charte](#), 8 février 2024.

193 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1845 (Kimberly Gibner).

194 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 1930 (Julia Nicol, avocate, Section de la politique en matière de droit pénal, ministère de la Justice).

195 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2040, 2125 (Jocelyn Downie). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2000 (Eliana Close).

196 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2040 (Jocelyn Downie).

197 [Ontario \(Procureur général\) c. G](#), 2020 CSC 38.

de l'accès à l'AMM [M]M-SPMI contrevient de façon injustifiée à l'article 15 de la *Charte* en ne permettant pas de procéder à des évaluations personnalisées¹⁹⁸ ».

Le professeur Lemmens a affirmé que l'accès à l'AMM MM-SPMI n'est pas requis par la Constitution. Il a indiqué que l'arrêt *Carter* ne concernait pas des personnes dont le seul problème médical invoqué était un trouble mental, et que l'arrêt faisait référence à la prise de décision concernant la fin de vie. Il mettait aussi en doute le poids à attribuer à la décision *E.F.* et la pertinence de l'arrêt *Truchon* dans le contexte de la maladie mentale¹⁹⁹.

Selon la professeure Kerri Froc, « la Charte n'exige pas l'extension de l'aide médicale à mourir à la maladie mentale comme seul problème médical invoqué. L'arrêt *Carter* n'établit pas cette exigence, et l'article 15 ne l'y oblige pas. » Elle a déclaré que les dispositions relatives à l'AMM créent « une exemption limitée du droit pénal », et que « [l]e fait de considérer cette exemption comme un avantage constituerait une extension importante et novatrice de l'article 15 ». Selon elle, si le Comité et le Parlement « décident que lorsque la maladie mentale est la seule affection sous-jacente, cela présente des problèmes particuliers de pronostic, d'irrémédiabilité et de suicidabilité, alors le fait de faire une distinction sur cette base ne sera pas nécessairement jugé discriminatoire par un tribunal²⁰⁰ ».

En revanche, selon l'analyse de la professeure Gilbert, « [l]'exclusion de personnes qui, autrement, seraient admissibles à l'aide médicale à mourir sans le fait que leur état grave et irrémédiable soit une maladie mentale est discriminatoire et contrevient à l'article 15 de la Charte ». Elle a affirmé qu'« [i]l est profondément discriminatoire de laisser entendre qu'une catégorie entière d'adultes capables ne devrait pas avoir droit à un service médical légal²⁰¹ ».

Le D^r Gandham a expliqué :

Beaucoup appuient l'aide médicale à mourir lorsque les troubles mentaux sont le seul problème médical sous-jacent parce qu'ils sont conscients de cette souffrance. Sur le plan éthique, un avantage possible est le respect de l'autonomie et aussi l'égalité de traitement. Si la souffrance grave et irrémédiable est le fondement de l'admissibilité à

198 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2040 (Jocelyn Downie). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2120, 2125 (Daphne Gilbert); et AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2000 (Eliana Close).

199 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2045, 2055 (Trudo Lemmens). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2110, 2115 (Kerri Froc, professeure agrégée, Université du Nouveau-Brunswick, à titre personnel).

200 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2055, 2130 (Kerri Froc).

201 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2100, 2105 (Daphne Gilbert).

l'AMM, certains soutiennent qu'il serait discriminatoire d'exclure catégoriquement ceux dont les souffrances sont uniquement attribuables à une maladie mentale²⁰².

Néanmoins, le D^r Gandham estimait que « les risques que comporte l'expansion de l'AMM l'emportent actuellement sur les avantages possibles²⁰³ ».

La professeure Downie prévoyait les conséquences suivantes liées au fait de ne pas élargir la portée de l'AMM :

En cas de prolongation ou d'exclusion, des gens se suicideront. Ils se rendront en Suisse parce qu'ils ont accès à l'aide médicale à mourir là-bas, ou ils n'y auront pas accès ici ou là-bas et continueront d'endurer des souffrances persistantes et intolérables causées par une maladie grave et incurable. Ils devront tout simplement souffrir.

Les conséquences pour le gouvernement, c'est qu'il se retrouvera devant les tribunaux²⁰⁴.

CONTEXTE INTERNATIONAL

Certains témoins se sont appuyés sur ce qui se fait à l'étranger pour commenter l'approche du Canada ou les conséquences pouvant découler de la décision de lever l'exclusion, ou non.

Selon la D^{re} Gupta, d'autres administrations ont conclu qu'« aucun motif d'ordre clinique, éthique ou juridique ne peut justifier l'exclusion de l'ensemble des personnes atteintes de troubles mentaux de la possibilité d'avoir accès à l'aide médicale à mourir²⁰⁵ ».

Le D^r van Veen a résumé l'histoire, qui remonte à plusieurs décennies, de l'AMM fournie pour des motifs psychiatriques aux Pays-Bas. Il a noté que celle-ci demeurait relativement rare, à près de 2 % de tous les cas. Il s'est prononcé en faveur d'un accès restreint à l'AMM liée à un trouble psychiatrique pour un petit nombre de patients, conformément à des « critères de diligence raisonnable » particuliers, car il trouvait « difficile de justifier l'exclusion des patients souffrant de troubles mentaux, dont la souffrance peut être immense ou, autrement dit, insupportable²⁰⁶ ».

202 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2120 (Sandip Singh Gandham).

203 AMAD, [Témoignages](#), 27 avril 2026, 2120 (Sandip Singh Gandham).

204 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2120 (Jocelyn Downie).

205 AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 1945 (Mona Gupta).

206 AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1845, 1905 (Sisco van Veen).

Le D^r Jim van Os a déclaré que l'expérience néerlandaise « devrait servir de mise en garde pour le Canada », à savoir que celui-ci ne devrait pas élargir l'AMM. Il a mentionné que, « [e]n vertu de la législation néerlandaise, les médecins doivent s'entendre sur le fait qu'il n'existe aucune autre option raisonnable », de telle sorte que « [l]'euthanasie est, en principe, le tout dernier recours ». Il a mis cette obligation en contraste avec sa caractérisation de la législation canadienne : « Au Canada, le choix du patient l'emporte sur le jugement professionnel du médecin. Ainsi, un médecin ne peut exiger que d'autres options soient d'abord envisagées. » Selon lui, « cette seule différence fera que les chiffres canadiens dépasseront les nôtres²⁰⁷ ». Des témoins ont fait état des recherches menées par le D^r Scott Kim, qui estimait que de 2 500 à 5 000 demandes d'AMM TM-SPMI seraient présentées chaque année au Canada, dont environ la moitié seraient autorisées²⁰⁸.

Le D^r van Os a répondu à des questions concernant un article publié récemment²⁰⁹ qu'il avait corédigé avec le D^r Wilbert van Rooij, un autre témoin qui partageait des préoccupations similaires. Ceux-ci ont souligné la hausse des demandes d'euthanasie et de la prestation de l'euthanasie aux jeunes de moins de 30 ans, en citant des chiffres des Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie aux Pays-Bas²¹⁰.

Le D^r van Os a expliqué que, si 3 % des demandes émanant de jeunes donnaient lieu à l'AMM, « le nombre de jeunes ayant recours à l'AMM a augmenté d'environ 500 % en cinq ans²¹¹ ». Ces données, également relayées dans l'article dont il est le co-auteur, sont tirées du *Rapport annuel 2024* des Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, qui indique que le nombre de cas d'euthanasie liée à un trouble psychiatrique est passé de 2 en 2011 à 138 en 2023, puis a encore augmenté pour atteindre 219 cas en 2024, ce qui représente une hausse d'environ 60 % en une seule année²¹². Sur ces 219 cas, 30 concernaient des personnes âgées de 18 à 30 ans²¹³.

207 AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1835 (Jim van Os). Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2045 (Trudo Lemmens).

208 AMAD, [Témoignages](#), 14 avril 2026, 2045, 2100 (Harvey Max Chochinov). Voir Scott Y. H. Kim, [Au sujet du suivi de la recommandation 13 du deuxième rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir sur la préparation de l'AMM pour les personnes dont les troubles mentaux sont leur seul problème médical invoqué \(AMM TM-SPMI\)](#), mémoire présenté à l'AMAD, 16 novembre 2023.

209 Jim Van Os, Wilbert van Rooij et Mark S. Komrad, « [Psychiatric Euthanasia in the Netherlands: Young People, Procedural Medicine, and the Limits of Psychiatry](#) », *Psychiatric Times*, 5 mars 2026. [EN ANGLAIS SEULEMENT]

210 Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, [Rapport annuel 2024](#), mars 2025.

211 AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1925 (Jim Van Os).

212 Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, [Rapport annuel 2024](#), mars 2025.

213 *Ibid.*, p. 20.

Selon le D^r van Os, la majorité des personnes qui demandent l'euthanasie pour des raisons psychiatriques sont traumatisées, marginalisées et vivent dans la pauvreté, et les femmes sont plus susceptibles que les hommes de la demander²¹⁴. La professeure Sheehy a également souligné des recherches selon lesquelles de 69 % à 77 % des personnes recevant l'euthanasie pour trouble psychiatrique dans les pays où une telle forme d'euthanasie est admise étaient des femmes²¹⁵.

Par ailleurs, le D^r van Os a signalé une hausse des taux de suicide aux Pays-Bas, particulièrement chez les jeunes femmes²¹⁶. Il a déclaré que, selon sa recherche, il n'existe pas de corrélation inverse entre l'euthanasie et les taux de suicide, et « il n'est pas possible d'affirmer que l'euthanasie est nécessaire pour prévenir le suicide » :

Le nombre nécessaire à traiter est de 10, et le nombre nécessaire pour provoquer un préjudice est de 9, ce qui signifie que 10 jeunes doivent subir une euthanasie pour prévenir un suicide, tandis que 9 meurent sans qu'aucun effet préventif soit atteint²¹⁷.

Le D^r van Rooij a décrit une réduction de la disponibilité de soins de santé mentale aux Pays-Bas, de concert avec la normalisation et l'accélération de l'euthanasie pour des raisons psychiatriques²¹⁸.

Enfin, le D^r van Os a recommandé que le gouvernement du Canada mette en œuvre « un organisme public de surveillance transparent, composé de représentants des milieux du handicap, des soins palliatifs, de la psychiatrie », ainsi que de membres des communautés autochtones et de personnes ayant une expérience vécue de la question²¹⁹.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATION

Le rapport de 2024 du Comité a mis en évidence des points de vue opposés au sujet de la préparation du Canada à cette époque :

Alors que certains témoins ont affirmé que le pays était certainement prêt, d'autres ont déclaré que les préparatifs étaient toujours en cours, ou encore qu'il était difficile de

214 AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1835, 1855 (Jim van Os).

215 AMAD, [Témoignages](#), 21 avril 2026, 2105 (Elizabeth Sheehy). Voir Marie E. Nicolini, Chris Gastmans et Scott Y. H. Kim, « [Psychiatric euthanasia, suicide and the role of gender](#) », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 220, n° 1, janvier 2022. [EN ANGLAIS SEULEMENT]

216 Voir aussi AMAD, [Témoignages](#), 28 avril 2026, 1830 (Brian Mishara).

217 AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1850 (Jim van Os).

218 AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1840, 1900 (Wilbert van Rooij).

219 AMAD, [Témoignages](#), 5 mai 2026, 1915 (Jim van Os).

déterminer si tout serait en place le 17 mars 2024. Enfin, certains croyaient que les conditions nécessaires à l'offre de l'AMM TM-SPMI ne seraient jamais atteintes²²⁰.

Au terme de l'examen actuel de l'admissibilité à recevoir l'AMM des personnes dont le seul problème médical invoqué est une maladie mentale, le Comité estime que ces divergences d'opinions persistent. Selon certains témoins, le Canada est prêt pour l'élargissement attendu pour le 17 mars 2027, ou il le sera. D'autres personnes étaient d'avis que les conditions qui permettraient d'aller de l'avant n'étaient pas encore réunies, notamment la mise en place de critères consensuels et fondés sur des données probantes visant à déterminer le caractère irrémédiable ainsi qu'à faire la distinction entre une demande d'AMM motivée et une intention suicidaire, l'existence de systèmes de soins de santé mentale dotés de ressources adéquates ou la présence de mesures de sauvegarde réglementaires suffisamment rigoureuses. Enfin, pour certains, l'élargissement ne devrait en aucune circonstance aller de l'avant. Beaucoup ont reconnu que ces questions sont épineuses, difficiles et lourdes de conséquences pour les Canadiens.

Après avoir entendu parler des complexités et des risques importants, des graves préoccupations ainsi que des profondes divisions qui continuent d'accompagner la question, le Comité a identifié quatre avenues possibles à suivre pour le gouvernement du Canada :

- 1) Premièrement, il pourrait laisser la législation actuelle suivre son cours, menant à l'abrogation anticipée de la disposition prévoyant l'exclusion de l'AMM MM-SPMI, permettant ainsi aux personnes dont le seul problème médical invoqué est une maladie mentale de devenir admissibles à l'AMM.
- 2) Deuxièmement, il pourrait présenter des dispositions législatives afin de prolonger davantage l'exclusion de l'AMM MM-SPMI, et ce, pour une durée définie ou indéfinie.
- 3) Troisièmement, il pourrait présenter des dispositions législatives pour interdire à jamais l'AMM MM-SPMI.
- 4) Quatrièmement, si le maintien de l'exclusion est envisagé, il pourrait soumettre la question, par procédure de renvoi, à la Cour suprême, pour que celle-ci se prononce sur la constitutionnalité d'une telle exclusion.

220 AMAD, [L'AMM et les troubles mentaux : Le chemin à parcourir](#), troisième rapport, janvier 2024, p. 4.

En outre, le Comité constate qu’il serait bénéfique de clarifier davantage l’ambiguïté persistante entourant les questions de terminologie (« maladie mentale » ou « trouble mental ») et d’en arriver à un consensus²²¹.

En fin de compte, le Comité formule la recommandation suivante :

Recommandation 1

Que le gouvernement du Canada modifie le *Code criminel* afin d’exclure indéfiniment de l’admissibilité à l’aide médicale à mourir les personnes dont le seul problème médical sous-jacent est une maladie mentale.

221 On notera par exemple que « [l]’exclusion du terme “trouble mental” entraînerait celle du terme “trouble neurocognitif majeur” – synonyme de démence – parce que ce problème est considéré comme un trouble mental diagnostiquable » : AMAD, [Témoignages](#), 24 mars 2026, 2025 (Mona Gupta). Voir aussi Nicholas Dunn, [AMM TM-SPMI et l’ontologie du trouble mental](#), mémoire présenté à l’AMAD, 20 avril 2026.

ANNEXE A: LISTE DES TÉMOINS

Le tableau ci-dessous présente les témoins qui ont comparu devant le Comité lors des réunions se rapportant au présent rapport. Les transcriptions de toutes les séances publiques reliées à ce rapport sont affichées sur la [page Web du Comité sur cette étude](#).

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>À titre personnel</p> <p>Jocelyn Downie, professeure émérite, Facultés de droit et de médecine, Dalhousie University</p> <p>Dr K. Sonu Gaind, professeur de psychiatrie, Faculté de médecine, University of Toronto</p> <p>Dre Mona Gupta, professeure titulaire de clinique, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal</p> <p>Trudo Lemmens, professeur et titulaire de la Chaire Scholl en droit et politique de la santé, Jackman Faculty of Law, University of Toronto</p>	2026/03/24	2
<p>À titre personnel</p> <p>Dr Harvey Max Chochinov, professeur distingué en psychiatrie, Université du Manitoba</p> <p>Dre Ramona Coelho, médecin de famille</p> <p>Dr Pierre Gagnon, psychiatre</p> <p>Dre Karin Neufeld, psychiatre et directrice du département de psychiatrie, McMaster University</p>	2026/04/14	3
<p>Association des médecins psychiatres du Québec</p> <p>Dr Guillaume Barbès-Morin, psychiatre</p> <p>Dre Claire Gamache, psychiatre</p>	2026/04/14	3
<p>Ministère de la Justice</p> <p>Kimberly Gibner, sous-ministre adjointe déléguée, Secteur des politiques</p> <p>Julia Nicol, avocate, Section de la politique en matière de droit pénal</p>	2026/04/14	3

Organismes et individus	Date	Réunion
Ministère de la Santé Sarah Lawley, sous-ministre adjointe, Direction générale des politiques de santé	2026/04/14	3
À titre personnel Catherine Frazee, professeure émérite, School of Disability Studies, Toronto Metropolitan University Kerri A. Froc, professeure agrégée, Université du Nouveau-Brunswick Daphne Gilbert, professeure titulaire, Faculté de droit de l'Université d'Ottawa Isabel Grant, professeure Killam de l'université, University of British Columbia Christopher Lyon, chercheur invité, Centre for Death and Society, University of Bath Elizabeth Sheehy, professeure émérite de droit, Université d'Ottawa	2026/04/21	4
Inclusion Canada Krista Carr, présidente-directrice générale	2026/04/21	4
Le filibuster du handicap Gabrielle Peters, cofondatrice	2026/04/21	4
Le handicap sans pauvreté Michelle Hewitt, présidente du conseil	2026/04/21	4
Ontario Association for ACT & FACT Dr John Maher, psychiatre	2026/04/21	4

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>À titre personnel</p> <p>Eliana Close, End of Life Research Program, Australian Centre for Health Law Research, Queensland University of Technology</p> <p>Dr Sandip Singh Gandham, professeur adjoint de clinique, Département de médecine familiale, University of Alberta</p> <p>Margaret McKinnon, professeure, Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, McMaster University</p> <p>Dr Jitender Sareen, chef de la psychiatrie et professeur, Département de psychiatrie, Université du Manitoba</p> <p>Dre Lilian Thorpe, professeure titulaire, Département de santé communautaire et d'épidémiologie et département de psychiatrie, University of Saskatchewan</p>	2026/04/27	5
<p>9-8-8: Ligne d'aide en cas de crise de suicide</p> <p>Dre Allison Crawford, médecin hygiéniste en chef</p>	2026/04/27	5
<p>Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM</p> <p>Dre Stefanie Green, prestataire d'AMM</p> <p>Dr Gordon Gubitza, prestataire d'AMM</p>	2026/04/27	5
<p>Association des hôpitaux de l'Ontario</p> <p>Melissa Prokopy, vice-présidente, Politiques et affaires publiques</p> <p>Dr Kevin Young, vice-président, Affaires médicales et chef du personnel, Centre de soins de santé mentale Waypoint</p>	2026/04/27	5
<p>College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia</p> <p>Dr Douglas Grant, registraire et directeur général</p>	2026/04/27	5
<p>À titre personnel</p> <p>Roderick McCormick, professeur, Thompson Rivers University</p> <p>Brian Mishara, directeur, Centre de recherche et d'interventions sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie, Université du Québec à Montréal</p>	2026/04/28	6
<p>Centre de toxicomanie et de santé mentale</p> <p>Dr Sanjeev Sockalingam, vice-président principal, Éducation et médecin-chef</p>	2026/04/28	6

Organismes et individus	Date	Réunion
Indigenous Disability Canada Neil Belanger, directeur général	2026/04/28	6
À titre personnel Alicia Duncan Dr Jim van Os, professeur de psychiatrie Dr Wilbert van Rooij, psychiatre Dr Sisco van Veen, psychiatre	2026/05/05	7
Coalition pour la prévention de l'euthanasie Alexander Schadenberg, directeur général	2026/05/05	7
Mourir dans la dignité Canada Helen Long, directrice générale	2026/05/05	7

ANNEXE B: LISTE DES MÉMOIRES

Ce qui suit est une liste alphabétique des organisations et des personnes qui ont présenté au Comité des mémoires reliés au présent rapport. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter la [page Web du Comité sur cette étude](#).

1, Anonymous Author - Auteure anonyme

Afifi, Tracie

Agyapong, Dr Vincent

Ahmed, Dr Adekunle Garba

Association for Reformed Political Action Canada

Association nationale des infirmières catholiques – Canada

Birenbaum, Shelley

Bolton, Dr James M.

Bolton, Shay-Lee

Cardus

Chochinov, Dr Harvey Max

Coelho, Dre Ramona

Collectif des médecins contre l'euthanasie

Downie, Jocelyn

Dumond, Stéphanie

Dunn, Nicholas

Ferrier, Dre Catherine

Fisk, Dr Derek

Friesen, Tyson

Fung, Dr Kenneth

Gagnon, Dr Pierre

Gaind, Dr K. Sonu

Gobbi, Dre Gabriella

Grant, Isabel
Gupta, Dre Mona
Haak, Debra
Haggarty, Dr Jack
Haggarty, Dr John
Hall, Dre Patricia
Hatcher, Dr Simon
Husni, Dr Mariwan
Inclusion Canada
Indigenous Disability Canada
Kim, Dr Scott
King, Dre Rebecca
Koka, Dr Rayuda
L'Alliance Évangélique du Canada
LeBlanc, Arlene
Lyon, Christopher
Marrie, Dre Ruth Ann
Moran, Sherry
Mourir dans la dignité Canada
Neufeld, Dre Karin
Noble, Dre Sarah
Perera, Essence
Ross, Dr David A.
Roy-Desruisseaux, Dre Jessika
Samaan, Dre Zainab
Sareen, Dr Jitender
Shannon, David
Sheehy, Elizabeth
Sinyor, Mark
Stein, Dr Murray B.

Tang, Dre Sephora

Turecki, Dr Gustavo

William, Trevyna

Yatham, Dr Lakshmi

PROCÈS-VERBAUX

Un exemplaire des *procès-verbaux* pertinents ([réunions n^{os} 2 à 8](#)) est déposé.

Respectueusement soumis,

Les coprésidents,
L'hon. Yonah Martin et Marcus Powlowski

OPINION COMPLÉMENTAIRE DU SÉNATEUR DALPHOND¹

LA QUESTION DEVANT NOUS

Il n'est pas contesté qu'il existe des personnes souffrent de troubles mentaux incurables qui leur causent des souffrances intolérables. Faut-il leur permettre d'avoir accès à l'aide médicale à mourir (« AMM »), par la voie 2, à compter du 17 mars 2027?

MANDAT DU COMITÉ

Le mandat du comité est énoncé au projet de loi [C-62](#), devenu loi le 29 février 2024, comme suit : faire « [u]n examen approfondi concernant l'admissibilité à l'aide médicale à mourir de toute personne dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale ». Il est plus large que celui confié par les chambres en octobre 2023, se limitant à vérifier le degré de préparation atteint pour une application sûre et adéquate de l'AMM lorsque la maladie mentale est la seule cause invoquée.

Le comité reconstitué a tenu sa première rencontre le 10 mars 2026. Il a ensuite convenu d'un échéancier serré afin de pouvoir présenter son rapport au Parlement avant l'ajournement estival, ce qui permettrait d'offrir au gouvernement la période estivale pour prendre position et préparer un projet de loi pour considération à l'automne 2026.

Certaines personnes ont critiqué le fait que le comité a entendu plus de témoins opposés à l'admissibilité à l'AMM pour troubles mentaux que de témoins favorables. Pour ma part, le nombre de témoins favorables ou non à une option n'est pas significatif. Ce qui l'est tient des faits établis, du sérieux des prémisses utilisées par les experts pour soutenir leurs opinions et des principes applicables, incluant juridiques.

J'ajoute que l'accès à l'AMM pour troubles mentaux est prévu au *Code criminel* actuel à compter du 17 mars 2027. Le comité pouvait donc entendre surtout ceux qui souhaitent modifier cette situation, puis décider s'il y avait lieu d'intervenir.

Tel qu'indiqué dans le rapport, les membres du comité devaient choisir entre trois possibles recommandations au gouvernement :

1. Laisser l'exclusion prendre fin le 17 mars 2027;
2. Prolonger cette exclusion; ou
3. Exclure définitivement/interdire l'accès à l'AMM.

¹ Ancien juge d'instance et d'appel et membre des comités sénatoriaux et mixtes sur AMM depuis 2020.

La majorité des membres du comité suggère au gouvernement de prolonger l'exclusion pour une durée indéterminée. Je suis d'accord et souhaite m'en expliquer considérant ma dissidence incluse dans le [rapport](#) du comité de janvier 2024.

FAITS ÉTABLIS

(i) Évolution du droit quant à l'AMM

En 2015, dans *Carter c Canada (Procureur général)*, [2015 CSC 5](#), la Cour Suprême du Canada a déclaré que l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* protégeait le droit des Canadiens de décider des questions de leur fin de vie et que les dispositions du *Code criminel* empêchant l'AMM étaient inconstitutionnelles.

La Cour a aussi précisé que l'AMM pour les personnes souffrant de troubles mentaux en tant que condition médicale unique n'entraîne pas dans les paramètres de ses motifs, malgré les arguments présentés par le procureur général du Canada sur ce point.

En juin 2016, le Parlement a adopté le projet de loi [C-14](#), qui a modifié le *Code criminel* pour permettre l'accès à l'AMM aux personnes souffrant d'une maladie irrémédiable et dont le décès est raisonnablement prévisible (AMM, voie 1).

En 2019, dans *Truchon c Procureur général du Canada*, [2019 QCCS 3792](#), la Cour supérieure du Québec a conclu que l'accès à l'AMM ne pouvait être restreint aux seules personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible. La cour a ordonné que le *Code criminel* et la *Loi concernant les soins de fin de vie* (Québec) soient amendés en conséquence. Tant le gouvernement fédéral que provincial n'ont pas appelé.

En octobre 2020, le projet de loi [C-7](#) est déposé. Il proposait l'accès à l'AMM aux personnes non en phase terminale, mais souffrant d'un état irrémédiable qui leur est devenu intolérable.

Le projet de loi [C-7](#) excluait expressément toutes les personnes souffrant uniquement d'une maladie mentale irrémédiable. Le Sénat a adopté un amendement limitant l'exclusion à 18 mois (clause crépusculaire), afin que soient mises en place des lignes directrices et la formation appropriée.

Le 11 mars 2021, la Chambre des communes a prolongé à 24 mois la clause crépusculaire et a ajouté une obligation pour les ministres de la Santé et de la Justice de confier à un groupe d'experts « un examen indépendant portant sur les protocoles, les lignes directrices et les mesures de sauvegarde recommandés pour les demandes d'aide médicale à mourir de personnes atteintes de maladie mentale ».

Le [rapport](#) du groupe d'experts a été publié le 13 mai 2022. Il concluait que les critères d'admissibilité et les mesures de sauvegarde en vigueur concernant l'AMM, voie 2, renforcés par les autres lois, normes et pratiques en vigueur dans les domaines connexes des soins de santé, pouvaient fournir un encadrement adéquat. Toutefois, le groupe a recommandé qu'une formation spécialisée soit mise à la disposition des prestataires et des évaluateurs avant d'autoriser l'accès.

En mars 2023, par le projet de loi [C-39](#), le Parlement a prolongé la clause crépusculaire d'un an, soit jusqu'au 17 mars 2024. Selon le gouvernement, cette prolongation contribuerait à l'état de préparation du système de soins de santé, notamment plus de temps pour la diffusion et l'utilisation des outils clés par les communautés médicales et infirmières, y compris les évaluateurs et les prestataires de l'AMM.

Le 1^{er} février 2024, le gouvernement a introduit le projet de loi [C-62](#) qui proposait de prolonger la clause crépusculaire pour trois autres années, soit jusqu'au 17 mars 2027, et de demander au comité dans les deux ans de son entrée en vigueur de procéder à « un examen approfondi concernant l'admissibilité à l'aide médicale à mourir de toute personne dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale ». Le projet de loi C-62 est devenu loi le 29 février 2024.

(ii) Absence d'un consensus parmi les psychiatres

L'AMM par la voie 2 au seul motif de troubles mentaux irrémédiables causant des souffrances intolérables est sujet de vives controverses au Canada depuis 2020 en raison, notamment, de l'absence d'un consensus parmi les psychiatres.

Certains psychiatres affirment que les souffrances peuvent toujours être allégées, ce qui empêche de les considérer comme irrémédiables. D'autres sont d'avis contraire.

En revanche, tous les psychiatres reconnaissent que plusieurs troubles mentaux sont associés à la présence d'idées suicidaires. Pour certains, cela rend impossible un constat fiable du consentement requis. Pour d'autres, il s'agit plutôt d'un facteur compliquant l'évaluation du consentement.

Pour aider la pratique, en mars dernier, l'Association des psychiatres du Canada a rendu public un [document](#) intitulé « Recommandations cliniques canadiennes sur l'aide médicale à mourir (AMM) : évaluation du critère d'admissibilité « grave et irrémédiable » chez les personnes atteintes de troubles mentaux qui demandent l'AMM et la gestion du risque suicidaire pendant le processus d'évaluation d'admissibilité de toutes les demandes d'AMM ».

Malgré des publications telles que celle de l'Association des psychiatres du Canada, dans un [mémoire](#) déposé auprès de ce comité le 20 avril dernier, des chefs des départements de psychiatrie de plusieurs facultés de médecine ont fortement recommandé au comité de prolonger pour une période indéfinie l'exclusion d'accès à l'AMM pour troubles mentaux seulement.

(iii) Acceptabilité sociale de l'AMM pour troubles mentaux

Des membres du comité font valoir qu'il n'existe pas un niveau d'acceptation sociale suffisant. Il est vrai qu'il existe des groupes fermement opposés, dont plusieurs l'étaient tout autant à l'introduction de la voie 2.

Au Québec, dans son [rapport](#) de décembre 2021, la Commission spéciale sur l'évolution de la *Loi concernant les soins de fin de vie* a recommandé de ne pas étendre l'accès à l'AMM aux personnes souffrant uniquement de troubles mentaux, d'avis que cela était conforme au principe de précaution et en raison de l'absence de consensus médical et social. En juin 2023, la loi a été amendée en conséquence.

En Alberta, le projet de loi 18, [Safeguards for Last Resort Termination of Life Act](#), propose d'interdire l'AMM au seul motif d'une maladie mentale et d'exiger dans tous les autres cas un pronostic de mort dans les 12 mois, restreignant ainsi la voie 2.

Des récents débats à la Chambre des communes sur le projet de loi d'initiative parlementaire [C-218](#) démontrent que certains députés veulent amender le *Code criminel* pour interdire l'AMM aux personnes souffrant uniquement de troubles mentaux.

Dans un [mémoire](#) présenté au comité, le groupe Association for Reformed Political Action affirme, sur la foi d'un [sondage](#) Angus Reid réalisé en 2023, que 28% des Canadiens approuvent l'AMM pour troubles mentaux alors que 50% s'y opposent. Cependant un récent [sondage](#) Angus Reid dévoilé le 1^{er} juin 2026 indique désormais plus d'appui (43%) que d'opposition (39%).

Enfin, selon des [sondages](#) réalisés en 2023 et 2026 par Environics Research pour Mourir dans la Dignité Canada, 80% des 1000 Canadiens sondés appuient l'accès à la voie 2 pour un trouble mental incurable et intolérable.

L'argument du manque d'acceptabilité sociale ne semble donc pas très convaincant.

(iv) État de préparation pour la fourniture de l'AMM pour troubles mentaux

[L'Association des hôpitaux d'Ontario](#), qui représente 135 hôpitaux de différentes tailles, estime qu'il faut plus de temps pour parvenir à un consensus en matière de diagnostic et garantir la capacité et la préparation du système hospitalier.

Tant l'Alberta que le Québec ne sont pas prêtes à autoriser des ressources pour permettre l'AMM pour troubles mentaux.

Enfin, les comptes rendus produits par Santé Canada des rencontres avec les responsables de l'AMM dans les provinces et territoires indiquent des degrés de préparation qui varient grandement à travers le pays.

En somme, le système canadien de santé n'est pas encore prêt pour un accès à l'AMM pour troubles mentaux à travers le pays.

PRINCIPES DE DROIT APPLICABLES

Dans l'affaire [Carter](#), la Cour Suprême du Canada a déclaré :

[115] [...] Se fondant sur la preuve relative aux procédures d'évaluation dans la prise de décisions médicales analogues concernant la fin de vie au Canada, la juge a conclu que la vulnérabilité peut être évaluée au cas par cas au moyen des procédures suivies par les médecins lorsqu'ils évaluent le consentement éclairé et la capacité décisionnelle dans le contexte de la prise de décisions d'ordre médical de façon plus générale. Les préoccupations au sujet de la capacité décisionnelle et de la vulnérabilité se posent dans tous les cas de décisions médicales concernant la fin de vie. D'un point de vue logique, il n'y a aucune raison de croire que les blessés, les malades et les handicapés qui peuvent refuser un traitement vital ou un traitement de maintien de la vie, demander le retrait de l'un ou l'autre traitement, ou encore réclamer une sédation palliative, sont moins vulnérables ou moins susceptibles de prendre une décision faussée que ceux qui pourraient demander une assistance plus active pour mourir. [...]

[116] Comme l'a fait remarquer la juge de première instance, on cautionne implicitement l'évaluation individuelle de la vulnérabilité (quelle que soit sa source) dans la prise de décisions de vie ou de mort au Canada. Dans certains cas, ces décisions sont régies par des directives préalables ou prises par un mandataire spécial. Le Canada ne prétend pas que le risque présent dans ces cas nécessite une prohibition absolue (ces pratiques ne sont d'ailleurs pas réglementées par le gouvernement fédéral). Dans A.C., la juge Abella a fait allusion à la vulnérabilité potentielle des adolescents qui ont à

prendre des décisions de vie ou de mort quant à un traitement médical (par. 72-78).
Notre Cour a pourtant reconnu implicitement la viabilité d'une évaluation individuelle de la capacité décisionnelle dans le contexte de cette affaire. Nous acceptons la conclusion de la juge de première instance selon laquelle il est possible pour les médecins de bien évaluer la capacité décisionnelle avec la diligence requise et en portant attention à la gravité de la décision à prendre. [Soulignements ajoutés]

En d'autres mots, la vulnérabilité reconnue des membres d'un groupe ne justifie pas d'écarter la possibilité d'évaluation individuelle.

Dans l'affaire [Truchon](#), la juge Baudouin de la Cour supérieure du Québec (maintenant juge de la Cour d'appel) a déclaré :

[466] De l'ensemble de la preuve, le Tribunal retient essentiellement ce qui suit :

[...]

2. Les médecins impliqués sont en mesure d'évaluer la capacité des patients à consentir et de déceler des indices d'ambivalence, de troubles mentaux affectant ou susceptibles d'affecter le processus décisionnel ou encore les cas de coercition ou d'abus;

3. La vulnérabilité d'une personne qui demande l'aide médicale à mourir doit exclusivement s'apprécier de manière individuelle, en fonction des caractéristiques qui lui sont propres et non pas en fonction d'un groupe de référence dit « de personnes vulnérables ». Au-delà de divers facteurs de vulnérabilité que les médecins sont en mesure d'objectiver ou de déceler, c'est l'aptitude du patient lui-même à comprendre et à consentir qui s'avère somme toute déterminante en sus des autres critères prévus à la loi;

[...] [Soulignements ajoutés]

Dans l'arrêt [Ontario \(Procureur général\) c G](#), 2020 CSC 38, la Cour suprême du Canada s'est penchée sur une loi qui offrait la possibilité à une personne condamnée pour une infraction sexuelle d'être retirée du registre des délinquants sexuels, tout en refusant une telle possibilité aux personnes déclarées non responsables criminellement pour cause de troubles mentaux (NRCTM). La Cour a estimé que l'article 15 de la *Charte*, qui garantit l'égalité, exige que ces personnes aient également accès à un mécanisme d'exclusion, sur la base d'évaluations individualisées et qu'un refus général d'exclusion pour ce groupe de personnes était inconstitutionnel. La juge Karakatsanis a écrit au nom de la majorité :

[74] Je suis d'accord avec la Cour d'appel pour dire que la *Loi Christopher* ne porte pas atteinte de façon minimale aux droits garantis par le par. 15(1) aux personnes déclarées non responsables criminellement pour cause de troubles mentaux à l'égard d'une infraction sexuelle qui ont obtenu une libération. *La Loi Christopher* elle-même prévoit des mécanismes qui, après une évaluation individuelle de la situation des délinquants, permettent aux délinquants qui n'ont pas reçu de verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux d'être retirés du registre (pardon absolu), d'être dispensés de l'obligation de se présenter devant les autorités (pardon absolu et suspension du casier judiciaire), ou d'être dispensés au départ de l'obligation de se présenter devant les autorités (absolution au sens du par. 730 du *Code criminel*). L'inclusion de toute méthode permettant aux personnes déclarées non responsables criminellement pour cause de troubles mentaux d'être dispensées des obligations qui leur incombent et d'être retirées du registre à la suite d'une évaluation individuelle porterait moins atteinte aux droits que leur garantit le par. 15(1) et permettrait en fait d'améliorer l'efficacité du registre en restreignant son application aux personnes qui présentent un risque élevé pour la société. [Soulignements ajoutés]

Dans [l'Énoncé concernant la Charte](#) déposé à la Chambre des communes le 15 février 2023, le ministre de la Justice a reconnu que le projet de loi [C-39](#), en interdisant temporairement l'accès à l'AMM lorsque la maladie mentale est le seul problème médical invoqué, serait susceptible de mettre en jeu le droit à la liberté et à la sécurité de la personne protégé par l'article 7 de la *Charte*. Il risquait également de porter atteinte au droit à l'égalité garanti par l'article 15, car l'exclusion ne s'applique qu'aux personnes souffrant d'une maladie mentale.

Dans [l'Énoncé concernant la Charte](#) déposé à la Chambre des communes le 8 février 2024, relatif au projet de loi [C-62](#), le ministre de la Justice énonce que l'exclusion pour un autre trois ans était fondée sur des appréhensions de complexité et de risques inhérents à l'accès à l'AMM pour ces personnes, tels que la difficulté d'évaluer la capacité de prise de décision, la difficulté de prévoir dans le temps l'évolution d'une maladie mentale par rapport à une maladie physique, et la nouveauté de l'AMM au Canada qui mène à un corpus de preuves et de recherches qui est toujours en cours d'élaboration.

C'est précisément sur ces questions que porte le rapport du comité.

RECOMMANDATION

Je suis d'avis qu'il serait inconstitutionnel d'interdire l'AMM pour toutes les personnes souffrant de troubles mentaux irrémédiables et graves leur causant des souffrances intolérables et capables de fournir un consentement libre et valable, plutôt que de prévoir une procédure

d'évaluation individuelle de ces personnes. Je ne peux donc recommander cette option au gouvernement.

Quant à l'option de laisser la clause crépusculaire prendre fin en mars 2027, je ne peux y souscrire. La complexité additionnelle associée aux troubles mentaux jumelée à la nécessité d'avoir une application cohérente et uniformisée qui évite les dérapages militent pour la mise en place d'un mécanisme de révision du travail des évaluateurs et ce, avant toute administration de l'AMM pour troubles mentaux.

L'autorité de révision pourrait être provinciale ou pancanadienne. Elle devrait inclure des psychiatres, psychologues et juristes, non impliqués dans les demandes d'accès à l'AMM et leur évaluation. En somme, il faut une voie 3 ou, à tout le moins, une voie 2 modifiée.

Il s'ensuit que je suis d'accord avec les députés pour recommander au gouvernement d'amender le *Code criminel* pour prolonger l'exclusion à l'AMM pour cause uniquement de troubles mentaux, et ce pour une période indéterminée.

Entretemps, les [procédures judiciaires](#) initiées en août 2024 devant la Cour supérieure de justice de l'Ontario par Claire Elyse Brosseau, avec le soutien de Mourir dans la dignité Canada, continueront leur cours. Cela permettra une évaluation rigoureuse de la preuve factuelle et des opinions des experts, exercice qui ne peut être fait par un comité parlementaire ou dans le cadre d'un renvoi devant la Cour suprême du Canada.

Malheureusement, cette contestation constitutionnelle sera une procédure longue, complexe et couteuse. Celle dans l'affaire *Carter* a duré quatre années, malgré un procès en procédure accélérée.

Pendant tout ce processus judiciaire qui pourrait se terminer en Cour suprême du Canada, je suis bien conscient que la prolongation de l'exclusion pourrait entraîner des souffrances intolérables chez certaines personnes dotées de la pleine capacité de décider, qui ont tout essayé et souhaitent désormais avoir accès à l'AMM.

En pareille situation, ces personnes pourraient considérer des demandes d'exemption constitutionnelle, comme vient de le faire Mme Brosseau. Je rappelle qu'en 2016, après la décision *Carter* et avant l'adoption du projet de loi C-14, la Cour d'appel de l'Alberta a accordé dans l'arrêt *Canada (Attorney General) v E.F.*, [2016 ABCA 155](#), l'accès à l'AMM à une personne souffrant uniquement de maladie mentale.

C'est le compromis raisonnable qui s'impose en l'espèce plutôt que l'accès dès le 17 mars 2027 à la voie 2 qui, après mure réflexion, ne semble pas fournir les garanties suffisantes afin de

permettre l'AMM — pour cause uniquement de troubles mentaux — qu'aux seules personnes dont la condition est irrémédiable et intolérable et le reflet d'un consentement libre et éclairé.

Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

Rapport dissident – L'honorable sénatrice Rosemary Moodie, M.D., l'honorable sénatrice Pamela Wallin, O.C., et l'honorable sénateur Kristopher Wells, Ph. D.

Le 11 juin 2026

L'opinion dissidente suivante a été rédigée par trois sénateurs indépendants qui ont participé aux travaux du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir du mardi 10 mars 2026 au mardi 5 mai 2026.

Cette opinion dissidente est également soutenue par l'honorable sénatrice Flordeliz « Gigi » Osler, M.D., qui a participé à certaines réunions à titre de suppléante. La sénatrice Osler, qui est médecin, possède une expertise personnelle et professionnelle dans le domaine médical et a déjà été présidente de l'Association médicale canadienne. La sénatrice Moodie est elle aussi médecin et possède une expertise personnelle et professionnelle dans le domaine médical ainsi que dans la prestation de soins intensifs spécialisés et de soins médicaux complexes; elle est également médecin universitaire et professeure d'université. La sénatrice Wallin faisait partie du comité initial sur l'aide médicale à mourir (AMM), et le sénateur Wells était professeur titulaire au sein d'une université.

Notre recommandation

Nous recommandons que le gouvernement du Canada n'accepte pas le rapport majoritaire et les recommandations du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir et qu'il saisisse plutôt directement la Cour suprême du Canada afin de clarifier la législation sur l'élargissement de l'accès à l'AMM aux personnes dont le seul problème médical invoqué est une maladie mentale.

Justification

Cette opinion dissidente découle du processus hautement irrégulier et boiteux observé lors des travaux du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir ainsi que de la piètre qualité des données empiriques, médicales, scientifiques et issues de la recherche qui ont été présentées au Comité.

D'emblée, le Comité a convenu de concentrer ses travaux sur l'état de préparation des systèmes de santé provinciaux et territoriaux, ainsi que sur l'intégrité des mesures

actuellement en place pour prévenir tout abus ou détournement du processus d'admissibilité à l'AMM.

Sur les 44 témoins invités à comparaître devant le Comité, plus des deux tiers se sont publiquement opposés à l'élargissement de l'AMM aux personnes atteintes d'une maladie mentale. De plus, bien que de nombreux témoins aient proposé aux coprésidents du Comité de témoigner afin de faire connaître leur point de vue sur l'état de préparation du Canada en s'appuyant sur leur expérience personnelle, rares sont les personnes qui ont été invitées à comparaître. Ce parti pris a été largement relayé par les médias nationaux et remet en cause – à juste titre, selon nous – la crédibilité des travaux du Comité et de son rapport final. Autrement dit, on ne peut se fier à un processus déficient et partial qui a donné lieu à un rapport dépourvu de rigueur et de crédibilité. Nous tenons à souligner que ce n'est pas ainsi que les comités parlementaires doivent fonctionner. Des sénateurs ont exprimé à plusieurs reprises leurs inquiétudes concernant la sélection des témoins et la manière dont les séances du Comité étaient menées, mais ces préoccupations ont été ignorées. Même aux dernières étapes du processus, les libéraux et le PCC ont fait front commun pour forcer l'adoption du processus en comité et utiliser leur majorité combinée pour rejeter un renvoi à la Cour suprême afin qu'elle tranche cette question.

L'incapacité à garantir une perspective juste et équilibrée a suscité de vives critiques de la part de défenseurs des droits, d'experts juridiques et de personnes ayant une expérience vécue de la situation, qui ont mis en cause l'impartialité de l'étude du Comité et dénoncé le manque de données empiriques et de résultats validés par des pairs pour étayer ses conclusions. Des défenseurs d'intérêts reconnus et ayant une expérience vécue, notamment Claire Brosseau, ainsi que des experts juridiques tels que la professeure Jocelyn Downie ont publiquement fait part de leur vive opposition au processus utilisé par le Comité.

La plupart des témoins invités à comparaître devant le Comité provenaient de milieux cliniques, psychiatriques et de défense des droits qui avaient exprimé publiquement des objections bien documentées et catégoriques à l'égard du programme d'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué (AMM TM-SPMI). Les témoins qui auraient pu apporter des éléments à l'appui d'un élargissement soigneusement encadré, notamment des cliniciens ayant une expérience directe de l'évaluation et de l'approbation des demandes d'AMM, ou l'Association des psychiatres du Canada, qui a élaboré des lignes directrices à l'intention des professionnels chargés de l'AMM, brillaient par leur absence sur la liste des témoins invités, bien qu'il ait été recommandé à plusieurs reprises de recueillir leur témoignage.

Ce parti pris a porté atteinte au fondement factuel des conclusions du Comité. Les témoins opposés à cet élargissement de l'AMM ont maintes fois évoqué leurs préoccupations concernant l'incertitude des diagnostics, la difficulté d'établir le caractère irrémédiable d'une maladie mentale, ainsi que les lacunes systémiques dans la manière dont les gouvernements à l'échelle du Canada fournissent des services de santé mentale, en particulier aux populations vulnérables telles que les personnes en situation de handicap physique. Bien que ces préoccupations soient légitimes et méritent d'être examinées avec attention, elles n'ont pas été portées à la connaissance des praticiens et des cliniciens qui fournissent régulièrement des services d'AMM.

Le Comité a entendu peu de témoignages provenant de psychiatres légistes, d'évaluateurs de l'AMM ou de bioéthiciens qui ont étudié cette question et qui sont en mesure de présenter des éléments de preuves exhaustifs démontrant que les mesures de sauvegarde actuelles concernant l'AMM sont conçues pour permettre l'accès à cette aide aux personnes atteintes d'une maladie mentale résistante aux traitements et qui satisfont aux critères stricts d'admissibilité à l'AMM établis dans le projet de loi C-14 et par la suite dans le projet de loi C-62.

Le Comité n'a pas non plus entendu un nombre comparable de patients et de défenseurs qui avaient demandé à exposer leur point de vue sur les raisons pour lesquelles le maintien de cette exclusion est discriminatoire, potentiellement inconstitutionnel et contraire aux principes établis dans l'affaire *Carter c. Canada*.

L'absence de données empiriques exhaustives et validées par des pairs pour étayer bon nombre des affirmations des témoins remet en cause la crédibilité des recommandations du rapport, selon lesquelles « les conditions probantes et systémiques nécessaires à une mise en œuvre sécuritaire et équitable ne peuvent actuellement être réunies ». La plupart des témoignages entendus lors des travaux du Comité s'appuyaient sur des avis cliniques et non cliniques, des expériences anecdotiques et des projections théoriques des risques, plutôt que sur des conclusions tirées de données scientifiques rigoureuses ayant fait l'objet d'une évaluation par les pairs. Si les préoccupations concernant l'incertitude diagnostique et le caractère irrémédiable de certaines maladies mentales ont été fréquemment évoquées, les témoins ont rarement présenté des données empiriques pour étayer les arguments qu'ils avançaient. Le Comité n'a guère cherché à établir de distinction entre les conclusions fondées sur des données probantes et les opinions qui lui ont été présentées, que celles-ci reposent sur une expérience professionnelle ou personnelle. Cela a donné lieu à un ensemble de témoignages qui, bien que sincères, ne répondaient pas aux critères de preuve que l'on serait en droit d'attendre pour étayer une recommandation parlementaire sur une question ayant de telles conséquences sociales, juridiques et médicales.

Lorsque des données empiriques ont été présentées et mentionnées lors des travaux du Comité, elles ont souvent été présentées de manière sélective ou n'ont pas fait l'objet d'un examen approfondi. Les témoins opposés à la l'élargissement de l'exclusion de l'admissibilité à l'AMM ont invoqué des études suggérant un risque accru de suicide et une instabilité diagnostique chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves, mais le Comité n'a pas examiné de manière systématique si ces études portaient sur la population particulière qu'il était chargé d'étudier. Le Comité s'est ainsi retrouvé dépourvu d'une base factuelle comparative, alors que celle-ci constituait la pratique habituelle lors des précédents examens législatifs menés par les comités parlementaires mixtes.

Ce déséquilibre dans le processus du Comité nuit à la crédibilité des recommandations formulées, en particulier auprès des personnes sur lesquelles ces recommandations auront les conséquences les plus importantes.

Pour ces raisons, les membres dissidents ne peuvent accepter que les conclusions du Comité constituent une base factuelle solide pour l'élaboration des politiques et demandent donc au gouvernement du Canada de saisir la Cour suprême du Canada de cette affaire.

OPINION COMPLÉMENTAIRE – DÉPUTÉ MARCUS POWLOWSKI

Selon Albert Camus, la question fondamentale qui se pose à nous est de savoir si la vie vaut la peine d'être vécue, ou s'il vaut mieux y mettre fin. Ce n'est toutefois pas la question à laquelle nous voulons répondre lorsque nous tentons de déterminer s'il convient d'autoriser l'AMM dans les cas où le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale (ci-après l'AMM en cas de maladie mentale). Ce qu'on nous demande, c'est si l'État devrait prêter assistance aux personnes qui font ce choix, ou, plus précisément, si l'État a l'obligation de le faire. Pour être encore plus clair, la question est de savoir si l'État est tenu d'aider activement des personnes à concrétiser leur choix de s'enlever la vie.

Soyons clairs : le suicide et les tentatives de suicide ne sont pas en soi des actes illégaux. Par contre, il est illégal d'aider une personne à s'ôter la vie ou à tenter de le faire, tout comme il est illégal de mettre fin à la vie d'une personne, même avec le consentement de celle-ci. Une dérogation est toutefois prévue dans le *Code criminel* pour les médecins qui pratiquent l'AMM dans le respect des conditions qui y sont énumérées.

La problématique de la Charte

Malheureusement, le débat sur la proposition d'autoriser l'AMM en cas de maladie mentale semble s'être resserré autour de la question un peu simpliste de savoir si cette autorisation constituerait une violation de la Charte. L'argument est le suivant : si nous autorisons l'AMM dans les cas de maladie physique, mais pas dans les cas de maladie mentale, nous faisons de la discrimination à l'égard des personnes qui ont une maladie mentale (article 15) et nous portons atteinte à leur liberté ou nous menaçons leur sécurité de façon induue (article 7). Dans cette perspective, la question fondamentale est donc de savoir si l'on peut justifier l'autorisation de l'AMM dans ce contexte comme une mesure proportionnée qui restreint les droits et libertés « dans des limites [...] raisonnables » en vertu de l'article 1 de la Charte. Peut-être que, comme l'ont suggéré de nombreux témoins qui ont participé à l'étude, c'est la Cour suprême du Canada qui finira par trancher la question de savoir s'il convient d'autoriser l'AMM en cas de maladie mentale. Si l'examen de la Cour devait se limiter à une analyse au titre de l'article 1 de la Charte, je trouverais cela très inquiétant pour les raisons que j'exposerai plus loin. Je commencerai toutefois par traiter de l'analyse au titre de l'article 1.

À mon avis, les tribunaux devraient tirer la même conclusion que celle à laquelle notre comité est parvenu, c'est-à-dire qu'il est raisonnable en vertu de l'article 1 de la Charte de refuser l'AMM en cas de maladie mentale jusqu'à ce que l'on ait réglé des questions fondamentales, notamment la difficulté (voire l'impossibilité) de déterminer le caractère irrémédiable de la souffrance mentale (une exigence clé de la loi), et l'incapacité à distinguer une tendance suicidaire d'une décision rationnelle chez les personnes atteintes d'une maladie mentale (je reviendrai sur cette question et j'expliquerai pourquoi elle a tant d'importance à la fin du présent mémoire). De nombreux témoins ont mentionné ces problèmes comme des raisons qui justifient le refus d'élargir l'accès à l'AMM aux personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale.

Par ailleurs, il est difficile d'avoir la certitude qu'un citoyen canadien a véritablement eu accès, pendant toute la durée de ses longues souffrances (qui seraient vraisemblablement une condition à remplir pour obtenir l'AMM), aux services de santé mentale et aux services sociaux qui auraient pu lui apporter un soulagement. Notre comité a bien souvent entendu dire que de nombreux Canadiens n'ont pas accès à des services de santé mentale de base, en particulier dans les régions rurales et dans des collectivités négligées, comme les collectivités autochtones. Aussi, dans de nombreuses régions du Canada, les personnes atteintes d'une maladie mentale doivent attendre de longues périodes (plusieurs années) pour avoir accès à des interventions psychiatriques avancées, comme celles fournies par les équipes de suivi intensif dans le milieu (voir le témoignage du Dr Maher).

En outre, même si des prestataires de l'AMM, peut-être la majorité d'entre eux, nous ont assurés qu'ils étaient prêts à fournir l'AMM en cas de maladie mentale et que les mesures de protection en vigueur étaient suffisantes, nous avons aussi entendu des récits troublants sur les comportements douteux de certains prestataires. Compte tenu des témoignages que nous avons entendus, il est difficile de ne pas conclure que certains prestataires ont une interprétation extrêmement large de ce qui constitue « une maladie, une affection ou un handicap grave et incurable », « un stade avancé de déclin des capacités qui est irréversible », ou « des souffrances physiques ou psychologiques insupportables ». Nous avons également entendu des récits concernant des médecins qui semblaient plutôt désinvoltes à l'idée de mettre fin à une vie.

Bien qu'on nous ait assurés que les mécanismes comme les ordres de médecin et de chirurgiens seraient des remparts suffisants, on nous a présenté fort peu de données qui permettraient de conclure que ces ordres professionnels ont déjà sérieusement donné suite à des accusations de fautes commises par des prestataires d'AMM. Cela ne signifie pas que les ordres professionnels n'ont pas reçu ou examiné des plaintes. Comme l'a souligné le président de l'Ordre des médecins de la Nouvelle-Écosse, les ordres professionnels publient les comptes rendus de leurs audiences seulement lorsqu'ils déterminent qu'une faute a été commise. Cela dit, le fait qu'il n'y a pratiquement pas eu de poursuites contre des prestataires, conjugué aux déclarations de plusieurs témoins selon lesquelles il semblerait y avoir des lacunes dans l'application de la loi sur l'AMM, devrait susciter des inquiétudes. Plusieurs témoins ont laissé entendre que le système pénal, les ordres de médecins, et parfois même le ministère de la Colombie-Britannique responsable de l'application des dispositions sur l'AMM, ont tous apparemment traité l'application de la loi sur l'AMM comme une responsabilité qui incombe à quelqu'un d'autre. En l'absence de preuve du contraire, il est franchement difficile de croire que le système est prêt à prendre de l'expansion.

Naturellement, le gouvernement soutient que la question de savoir si une restriction des droits et libertés est justifiée repose sur le critère énoncé dans l'arrêt *Oakes*. Je ne m'aventurerai pas sur ce terrain, mais je dirais que le critère de l'arrêt *Oakes* se résume souvent à choisir « le moyen le moins radical ». Le gouvernement ne pourrait-il pas créer un système qui répondrait aux préoccupations soulevées tout en tenant compte des cas réels de maladie incurable, pour

que les personnes dont le seul problème sous-jacent est une maladie mentale puissent recevoir les mêmes services que ceux offerts aux personnes dont le seul problème sous-jacent est une maladie physique? Je dirais que la réponse à cette question est peut-être... dans un avenir indéterminé. On pourrait améliorer l'accès aux soins de santé mentale, et les prestataires pourraient parvenir à une sorte d'entente sur les moyens de distinguer une tendance suicidaire d'une décision rationnelle de mettre fin aux souffrances psychologiques d'une personne. Cependant, la deuxième possibilité semble encore bien lointaine, compte tenu des témoignages que nous avons reçus de plusieurs psychiatres reconnus.

Il est aussi possible que nous ne soyons jamais prêts à offrir l'AMM en cas de maladie mentale en nous fondant sur les dispositions actuelles de la loi. De nombreux psychiatres très expérimentés nous ont parlé de patients atteints d'une maladie en apparence incurable qui, pour des raisons inexpliquées, avaient fini par aller mieux et recommencé à profiter de la vie après des périodes prolongées de souffrance apparemment irrémédiable. J'ajouterais que les données disponibles semblent indiquer que les psychiatres ne sont pas en mesure de prévoir avec justesse quels patients ne se rétabliront pas.

La solution la plus simple au casse-tête juridique consisterait peut-être à reconnaître le critère d'irréversibilité comme facteur déterminant. Ce critère est une exigence de la loi telle qu'elle est rédigée. S'il n'y a vraiment aucun moyen de déterminer sans se tromper les cas qui sont irréversibles, il semblerait qu'il faille modifier la loi pour permettre l'accès à l'AMM en cas de maladie mentale.

Nous avons entendu, je le reconnais, l'argument selon lequel l'irréversibilité n'est peut-être pas certaine non plus dans le cas de certaines maladies physiques (argument qui a été défendu avec le plus de force par la professeure Downie, qui est professeure de droit, et non médecin clinicien). Dans la mesure où de tels cas existent, je dirais qu'il est plus pertinent de se demander s'il convient d'accorder l'AMM dans les cas où un doute plane au sujet du pronostic que d'accepter la conclusion des praticiens qui ont donné à penser qu'ils n'avaient pas de difficulté à déclarer qu'un déclin était irréversible même lorsqu'il était fondamentalement impossible d'en avoir la certitude raisonnable.

Je dirais que l'assemblée législative élue aurait tout à fait raison de fixer une limite, à savoir de décider que nous ne sommes pas disposés à soutenir l'État dans sa volonté de permettre aux médecins d'ôter la vie à des personnes qui auraient pu se rétablir. Il s'agit d'une décision d'ordre moral qui reflète en grande partie les valeurs de notre société et qui relève donc davantage des représentants élus par les membres de la société qui, finalement, rendent des comptes au peuple (lorsque celui-ci se rend aux urnes) plutôt que de tribunaux non élus.

Dans quelles circonstances l'État est-il en droit d'enlever la vie à quelqu'un?

C'est une erreur de réduire la question de savoir s'il faut autoriser ou refuser l'AMM en cas de maladie mentale à un simple examen au regard de la Charte pour déterminer si les personnes

atteintes d'une maladie mentale ont droit au même « avantage » (l'accès à l'AMM) que les personnes atteintes d'une maladie physique.

Je dirais que l'interdiction de mettre fin à la vie d'une personne est le fondement sur lequel repose la société; la maxime « vivre et laisser vivre » est à la fois une phrase banale et un principe au cœur de toutes les interactions humaines. La décision d'enlever la vie à quelqu'un est bien plus lourde de conséquences que toutes les autres décisions. C'est un acte irréversible qui est considéré depuis très, très longtemps comme le plus grand péché et le pire crime.

Ce sentiment semble transcender pratiquement toutes les cultures et toutes les religions. « Tu ne tueras point » est l'un des dix commandements, bien sûr. Le caractère sacré de la vie est aussi au cœur de l'islam, de l'hindouisme et du bouddhisme; peut-être même de toutes les religions. D'ailleurs, il n'est pas nécessaire de croire en une religion pour croire au caractère sacré de la vie : c'est le fondement même de l'humanisme laïc qui est aussi demeuré un principe constitutionnel fondamental. Un État qui commence à remettre en question l'idée qu'il est mal de tuer et à la présenter comme une chose « parfois justifiée » s'aventure sur un chemin très sombre.

Nous avons décidé, à juste titre, qu'une personne en fin de vie qui éprouve des souffrances insupportables devrait avoir accès à l'AMM. C'est un choix raisonnable de la part d'une nation compatissante. Il pourrait aussi y avoir des situations dans lesquelles un recours à l'AMM serait justifié, lorsqu'une personne éprouve une souffrance manifestement insupportable et sans remède, mais que son décès n'est pas raisonnablement prévisible, mais je ne me lancerai pas dans le débat sur la voie 2 de l'AMM. Il convient toutefois de faire preuve d'une extrême prudence avant d'étendre l'accès à l'AMM au-delà de ce cadre.

Un très grand nombre de personnes dans le monde vivent dans la misère. Celle-ci est en effet au cœur de l'expérience humaine. Il ne fait parfois aucun doute qu'elle est due, au moins en partie, à une souffrance psychologique ou physique. Cependant, le degré de mal-être dans la vie dépend aussi très largement, voire immensément, de la situation sociale de chacun : la présence de personnes qui tiennent à nous et de personnes qui nous aiment; notre accès à un logement convenable, à une nourriture suffisante et à un emploi stimulant; et peut-être plus que tout, l'espoir d'avoir un jour accès à ces choses et le sentiment que notre existence a de la valeur. C'est ce que nous ont dit de nombreux témoins instruits, mais nous le savons surtout par expérience.

Je pense que notre société ne devrait jamais accepter de donner la mort à une personne pour la soulager du poids des souffrances qui lui sont imposées, du moins en partie, par des facteurs sociétaux sur lesquels le gouvernement exerce un certain contrôle, comme l'offre de logement et de programmes d'aide sociale ou l'accès à des services de santé mentale. Un gouvernement qui offre la mort comme solution de rechange à ces problèmes n'est pas un gouvernement humain et compatissant; il est tout le contraire.

Pourquoi faisons-nous des efforts pour prévenir le suicide?

Maintes fois durant les témoignages, on nous a exprimé des doutes sur la capacité à faire la distinction, chez une personne atteinte d'une maladie mentale, entre une tendance suicidaire et une décision rationnelle de mettre fin à ses souffrances. Il était sous-entendu qu'on ne voulait pas faciliter le suicide. Effectivement, l'État s'est toujours efforcé sans réserve de prévenir le suicide; cependant, cette position peut, et devrait peut-être, être remise en question.

Une des façons dont la société fait activement la prévention du suicide consiste à conférer aux médecins le pouvoir et le devoir de placer dans une institution les personnes qui ont des idées suicidaires (ce qu'on appelle « remplir le Formulaire 1 », en Ontario). Un jour, pendant que je remplissais le Formulaire 1 dans la salle d'urgence où je travaillais comme urgentologue, un patient mature et qui paraissait très rationnel est venu me voir et m'a demandé en vertu de quel droit j'allais décider ce qu'il pouvait faire de son corps. La réponse que je lui ai donnée me semble encore être la bonne aujourd'hui : il y a deux raisons pour lesquelles la société devrait exercer ce pouvoir. Tout d'abord, pour empêcher une personne de se faire du mal. Au plus profond de la dépression, on ne peut ni voir ni croire que les choses vont s'améliorer. C'est la nature même de la dépression. C'est aussi la raison pour laquelle les personnes déprimées deviennent si découragées et veulent mourir. Or, la très grande majorité de ces personnes vont aller mieux. Le temps guérit bien des maux. Il y a des millions de gens sur la planète qui peuvent en attester et qui sont reconnaissants de ne pas avoir réussi à mettre fin à leur vie. Nous avons entendu des récits de ce genre de la part des témoins.

La deuxième raison valable pour laquelle l'État donne au médecin le pouvoir d'intervenir pour empêcher un suicide est celle de protéger la famille et les êtres chers de la personne suicidaire. Une personne qui s'est suicidée ne souffre plus, mais sa famille et ses êtres chers resteront profondément marqués par sa perte et hantés par le doute que la personne s'est suicidée à cause d'une chose qu'ils ont faite, ou qu'ils n'ont pas faite. La profonde blessure que le suicide inflige aux êtres chers semble souvent négligée dans notre volonté, fondée sur nos droits individuels, de maximiser notre autonomie personnelle. Si vous parlez à des gens qui souffrent au point de vouloir mourir, comme cela m'est souvent arrivé quand j'étais urgentologue, vous constaterez que la perte d'un ou de plusieurs êtres chers est souvent un facteur déterminant. Je dirais que la société a le devoir d'essayer de protéger les membres de la famille contre ce type de dommage psychologique.

Voilà donc, selon moi, les deux raisons qui sont au cœur de ce que nous faisons, en tant que société, pour prévenir le suicide — protéger une personne contre elle-même, parce que la plupart des gens se rétablissent, et protéger sa famille et ses êtres chers. C'est aussi pour ces raisons que la capacité à faire la distinction, chez une personne atteinte d'une maladie mentale, entre une tendance suicidaire et la prise d'une décision raisonnable de mettre fin à ses jours est une question si importante. Bien que j'aie choisi de ne pas traiter de cette question dans ma réflexion sur la tenue d'une analyse au titre de l'article 1 de la Charte, je dirais que la préoccupation légitime de l'État visant à prévenir le suicide est une raison importante qui

explique pourquoi l'interdiction d'autoriser l'AMM en cas de maladie mentale est une restriction raisonnable des droits au sens de l'article 1.

On peut faire valoir que l'autorisation de l'AMM en cas de maladie mentale, qui légitimerait la mort comme option thérapeutique pour soulager une souffrance psychologique, saperait complètement le travail des gens qui passent leur vie professionnelle à lutter contre la souffrance psychologique (psychiatres, psychologues, infirmières et infirmiers). Plus fondamentalement encore, cela enverrait un message qui minerait les efforts d'innombrables habitants de la Terre qui passent leur vie à lutter contre leur propre maladie mentale ou à aider un proche (parent, ami ou être cher) à prendre conscience que la vie vaut la peine d'être vécue. La souffrance psychologique est rarement un fardeau que l'on porte seul.

Le fait d'autoriser l'AMM en cas de maladie mentale pourrait aussi avoir d'autres conséquences. Le comité a appris qu'il existe des préoccupations valables au sujet de la contagion des idées suicidaires, c'est-à-dire l'idée selon laquelle, lorsqu'une personne qui souffre s'ôte la vie, une autre personne qui souffre est plus susceptible de suivre son exemple. C'est une situation particulièrement préoccupante dans certaines collectivités (comme les collectivités autochtones) qui ont des taux de suicide élevés, surtout chez les jeunes. Si nous autorisions l'AMM en cas de maladie mentale, quel message enverrions-nous aux autres personnes qui souffrent? Sans aucun doute le message que la mort, y compris par le suicide, est une option rationnelle. Des données semblent indiquer que cette préoccupation n'est pas seulement d'ordre théorique. Plusieurs témoins experts ont cité des études montrant que les taux de suicide avaient augmenté dans des pays (notamment les Pays-Bas) qui avaient autorisé l'AMM en cas de maladie mentale. Ils ont fait une mise en garde contre les conséquences que pourrait avoir une communication publique à ce sujet et, comme cela arrive parfois dans le cas de l'AMM, des présentations trop optimistes de la question; ils ont aussi souligné qu'il y a des répercussions directes et considérables sur les jeunes.

Albert Camus a peut-être eu raison de dire que la question fondamentale qui se pose à nous est de savoir s'il faut continuer à vivre. Cette décision est au cœur de notre humanité, de notre capacité à prendre notre destin en main, et de notre autonomie. Indépendamment de l'AMM, la possibilité de mettre fin à ses jours, y compris au moyen de solutions indolores, reste facilement accessible au Canada. Il suffit de penser aux stupéfiants illicites comme le fentanyl. À mon grand désarroi, on peut dire qu'il est sans doute plus facile pour mes adolescents de se procurer du fentanyl dans ma ville natale de Thunder Bay que pour moi, un médecin, de renouveler mon ordonnance de Lipitor (un médicament contre le cholestérol).

La recommandation de ne pas accorder l'accès à l'AMM aux personnes atteintes d'une maladie mentale ne revient pas à suggérer que nous nous engageons sur la voie d'interdire le suicide ou de limiter l'autonomie des gens. C'est plutôt suggérer que l'État refuse d'aider les personnes qui souffrent d'une maladie mentale à mettre fin à leur vie, ou de permettre à des professionnels de la santé de s'en charger à leur place.

Remerciements

Nous avons entendu des témoignages émouvants de personnes qui portent en elles la douleur d'avoir perdu un être aimé, qu'elles croyaient souffrir d'une dépression passagère, aux mains de prestataires de l'AMM apparemment trop zélés. Nous vous entendons. Nous avons peut-être aussi indirectement eu des échos des personnes atteintes d'une maladie mentale qui souhaitent avoir accès à l'AMM. Nous voyons votre douleur, nous entendons votre demande et nous compatissons à votre souffrance. Mon souhait peut paraître simpliste, mais j'espère sincèrement que vous trouverez votre voie dans la vie. Durant notre étude, nous avons entendu de nombreux psychiatres compatissants qui refusent d'abandonner leurs patients et qui affirment qu'ils seront toujours là pour eux, même dans les moments les plus noirs, lorsque tout espoir semble perdu. J'espère que vous recevrez ce soutien, et que ni les psychiatres ni la société ne vous abandonneront à votre sort ni ne cesseront de vous venir en aide.

Pour terminer, je tiens à remercier toutes les parties au débat, quelle que soit leur position, pour la précieuse contribution qu'elles ont apportée à notre étude. Je remercie en outre tous les membres du comité, les greffiers et les analystes pour leur travail assidu; les greffiers et les analystes sont les personnes qui travaillent le plus fort et qui en tirent le moins de reconnaissance.

Conclusion

Nous devons suspendre pour une durée indéterminée le projet d'accorder l'AMM en cas de maladie mentale. Peut-être pourrons-nous y revenir un jour, si certains des problèmes que j'ai abordés ici venaient à être résolus.

Cela ne signifie pas que l'État n'écoute pas les gens qui souffrent ni qu'il n'a rien à leur offrir. Il faut améliorer les services de santé mentale et les rendre plus accessibles. De plus, le gouvernement a assurément un rôle de premier plan à jouer pour s'attaquer aux facteurs socio-économiques qui sont souvent à l'origine du mal-être des gens. C'est dans ce domaine que le gouvernement doit concentrer ses efforts et ses ressources.

Le gouvernement doit appuyer le projet de loi C-218 et exclure de façon permanente la maladie mentale comme seule condition sous-jacente justifiant le recours à l'AMM
Comité mixte spécial sur l'AMM : Opinion complémentaire des conservateurs

Le présent rapport complémentaire reflète les points de vue des conservateurs qui siègent au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (le « Comité ») : l'honorable Yonah Martin (coprésidente, sénatrice, Colombie-Britannique), Tamara Jansen, députée (coprésidente, Cloverdale—Langley City), Michael Cooper, député (St. Albert—Sturgeon River), Andrew Lawton, député (Elgin—St. Thomas—London-Sud), et Todd Doherty, député (Cariboo—Prince George).

Introduction

Les conservateurs appuient la recommandation du Comité visant à suspendre indéfiniment l'élargissement prévu de l'AMM dans les cas où une maladie mentale est la seule affection médicale sous-jacente (AMM TM-SPMI).

En 2021, les conservateurs ont voté contre l'amendement du Sénat au projet de loi C-7 qui établissait une clause de temporisation pour l'entrée en vigueur des modifications au Code criminel qui permettraient l'AMM-TM-SPMI. À chaque fois que cette question a été examinée au cours des dernières législatures, les conservateurs se sont opposés à cette extension.

Le gouvernement libéral a été contraint de reporter à deux reprises l'expiration de la clause de temporisation en présentant des mesures législatives d'urgence de dernière minute, à la suite des recommandations formulées par les précédentes formations de ce comité. Bien que les conservateurs aient bien sûr appuyé ces reports, la position des conservateurs a toujours été que cette extension proposée devait être abandonnée définitivement. Il n'est pas possible de mettre en œuvre l'AMM en toute sécurité, comme l'ont clairement démontré les témoignages présentés au comité.

Nous sommes heureux que le comité se soit enfin aligné sur la position du leadership conservateur sur cet enjeu, qu'il ait écouté les témoignages et qu'il ait recommandé une suspension indéfinie de l'élargissement. Nous encourageons vivement le gouvernement libéral à accepter cette recommandation.

L'objectif de ce rapport complémentaire est le suivant :

1. Encourager le gouvernement et le Parlement à adopter le projet de loi C-218, un projet de loi émanant d'un député conservateur qui permettra d'atteindre l'objectif législatif visé par la recommandation du Comité et qui a déjà entamé son parcours législatif ;
2. Consigner au procès-verbal des recommandations supplémentaires concernant l'AMM TM-SPMI et le régime actuel d'AMM au Canada ; et
3. Formuler des observations et des considérations supplémentaires concernant l'AMM TM-SPMI et le régime actuel d'AMM au Canada.

Enfin, les conservateurs reconnaissent, comme l'a souligné le rapport principal du Comité, qu'il existe un débat quant à savoir si le terme « maladie mentale » ou « trouble mental » est le plus approprié dans le contexte de l'AMM TM-SPMI. Le Code criminel utilise actuellement le terme « maladie mentale », bien que ce terme ne soit pas formellement défini dans la législation. Les conservateurs sont satisfaits de l'utilisation du terme « maladie mentale » et encouragent le gouvernement à en établir une définition formelle.

Les principales préoccupations concernant l'AMM TM-SPMI

Comme l'ont souligné les conservateurs au cours des débats sur la question de l'AMM TM-SPMI depuis 2021, cette procédure pose deux problèmes majeurs. Premièrement, il est difficile, voire impossible, pour un évaluateur chargé de l'AMM de déterminer avec certitude qu'une maladie mentale est incurable.¹ Deuxièmement, il est difficile pour un clinicien de faire la distinction entre une demande « rationnelle » d'AMM TM-SPMI et une demande motivée par des idées suicidaires.²

L'une des raisons qui ont motivé les deux dernières prolongations d'urgence de la clause de temporisation était de donner au gouvernement le temps de s'engager à résoudre ces deux préoccupations majeures concernant l'AMM TM-SPMI. D'après les témoignages entendus par le Comité, il est clair que ces préoccupations majeures n'ont pas été résolues et l'idée même que ces problèmes puissent l'être est hautement discutable.

L'irréversibilité ne peut être déterminée avec certitude

Le Comité a entendu plusieurs experts qui ont expliqué qu'il est impossible de déterminer si un cas particulier de maladie mentale est irréversible.³ Il s'agit là d'un problème grave si l'AMM TM-SPMI venait à être mise en place au Canada. En vertu de la loi actuelle, pour qu'une personne soit admissible à l'AMM, il faut établir que son état est irréversible.⁴

Étant donné que l'irréversibilité ne peut être prédite avec précision, l'AMM TM-SPMI ne relève pas du régime canadien d'AMM. De plus, le coût humain lié à la mise fin à la vie d'un patient qui aurait pu aller mieux représente un risque inacceptable.

Impossibilité de distinguer de manière fiable les tendances suicidaires d'une demande d'AMM

Le Comité a entendu de nombreux témoignages indiquant que les cliniciens ne sont pas en mesure de distinguer de manière fiable les tendances suicidaires d'une demande d'AMM lorsque le seul trouble sous-jacent est un trouble mental.⁵ Il est important de noter que les idées suicidaires constituent un symptôme de nombreuses maladies mentales.⁶ Des témoins ont déclaré lors de précédentes sessions de ce comité que 90 % des personnes qui se suicident souffrent d'une

¹Avis complémentaire des conservateurs, Comité AMAD, L'AMM et les troubles mentaux : le chemin à parcourir, janvier 2024; Témoignages : 24 mars 2026 (Dr K. Sonu Gaiind).

²Avis complémentaire des conservateurs, Comité AMAD, L'AMM et les troubles mentaux : le chemin à parcourir, janvier 2024; Témoignages : 27 avril 2026 (Dre Allison Crawford; Dr Jitender Sareen).

³Témoignages : 24 mars 2026 (Dr K. Sonu Gaiind); 28 avril 2026 (Dr Sanjeev Sockalingam); 27 avril 2026 (Dr Jitender Sareen).

⁴Code criminel, L.R.C. 1985, ch. C-46, art. 241.2(1)-(2).

⁵Témoignages : 27 avril 2026 (Dre Allison Crawford; Dr Jitender Sareen); 28 avril 2026 (Dr Sanjeev Sockalingam; Brian Mishara).

⁶Témoignages : 27 avril 2026 (Dre Allison Crawford); mémoire de Sephora Tang, 2026, p. 1-4.

maladie mentale diagnostiquable.⁷ Les conservateurs ont toujours estimé que le suicide facilité par l'État ne peut constituer un remède aux pensées suicidaires.

Tant qu'il restera difficile de faire la distinction entre une tendance suicidaire et une demande « rationnelle » d'aide médicale à mourir, l'AMM TM-SPMI brouillera la frontière entre la prévention du suicide et l'aide au suicide. L'AMM TM-SPMI créerait des défis cliniques et éthiques auxquels nos systèmes de santé au Canada ne sont tout simplement pas en mesure de faire face.

En réponse à cette préoccupation, le groupe d'experts du gouvernement sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale a déclaré ce qui suit :

« En autorisant l'AMM dans de tels cas [TM-SPMI], la société fait le choix éthique de permettre à certaines personnes de bénéficier de l'AMM au cas par cas, peu importe si l'AMM et le suicide soient considérés comme distincts ou non. »⁸

La recommandation formulée par le Comité dans son rapport principal reflète le fait que la société canadienne n'est pas prête à faire ce « choix éthique ». Les Canadiens ne souhaitent pas que l'État facilite ou rende plus accessible le suicide comme solution à la souffrance psychologique.

L'extension de l'AMM TM-SPMI compromet les efforts de prévention du suicide

Le Comité a pris note de vives inquiétudes selon lesquelles l'extension de l'AMM TM-SPMI compromettrait l'engagement de longue date du Canada en faveur de la prévention du suicide.⁹

Depuis des décennies, les politiques publiques reposent sur le principe selon lequel les personnes exprimant le désir de mourir devraient se voir proposer une intervention, un traitement, un soutien et de l'espoir. Des témoins ont déclaré que l'AMM pour raisons psychiatriques envoie un message contradictoire en permettant que la mort soit considérée comme une réponse acceptable à la souffrance découlant d'une maladie mentale.¹⁰

Le Comité a entendu des témoignages selon lesquels de nombreuses personnes qui contactent les services d'intervention d'urgence évoquent déjà l'AMM parallèlement à des pensées suicidaires, et que le chevauchement entre les deux est considérable.¹¹ Les témoins ont averti que l'autorisation de l'AMM dans ce contexte risquait de semer la confusion quant à savoir si la société considère certaines vies comme dignes d'efforts continus de protection et de rétablissement.¹²

Par conséquent, les conservateurs estiment qu'il serait irresponsable de la part du Parlement d'autoriser l'AMM TM-SPMI, et que cela compromettrait les efforts de prévention du suicide.

Il n'y a pas de consensus professionnel

⁷Avis complémentaire des conservateurs, Comité AMAD, L'AMM et les troubles mentaux : le chemin à parcourir, janvier 2024, p. 48.

⁸Santé Canada, Rapport final du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale, p. 71.

⁹Témoignages : 28 avril 2026 (Brian Mishara; Dr Roderick McCormick); 21 avril 2026 (Dr John Maher); 5 mai 2026 (Dr Jim van Os).

¹⁰Témoignages : 28 avril 2026 (Brian Mishara); 21 avril 2026 (Dr John Maher); 5 mai 2026 (Dr Jim van Os).

¹¹Témoignages : 27 avril 2026 (Dre Allison Crawford).

¹²Témoignages : 28 avril 2026 (Brian Mishara; Dr Roderick McCormick).

Le Comité a entendu des témoignages contradictoires quant à savoir si les milieux médicaux et psychiatriques canadiens sont prêts pour la mise en œuvre de l'AMM TM-SPMI.

Alors que certains témoins ont fait valoir que des mesures de protection, des normes et des formations appropriées sont désormais en place, la plupart des témoins ont vivement contesté cette affirmation. Le Comité a appris que des divergences importantes persistent parmi les psychiatres et les professionnels de la santé mentale concernant l'irréversibilité, la suicidalité, les mesures de protection et l'état de préparation.¹³

Plusieurs témoins ont contesté l'affirmation selon laquelle il existerait un large consensus professionnel.¹⁴ Certains ont averti que les affirmations relatives à l'état de préparation reposaient sur un consensus artificiel plutôt que sur des données factuelles partagées¹⁵, tandis que d'autres ont mis en garde, s'appuyant sur l'expérience internationale, contre le fait qu'un petit groupe de médecins et d'organisations militants puisse, à terme, normaliser l'euthanasie psychiatrique.¹⁶ Le Comité a également entendu des témoignages suggérant que de nombreux psychiatres restent réticents à l'égard de cette extension, voire s'y opposent.¹⁷

Compte tenu de l'opposition et des préoccupations généralisées concernant l'AMM TM-SPMI parmi les experts et les cliniciens, et étant donné qu'il n'existe pas de consensus professionnel sur la pertinence de cette extension, les conservateurs estiment qu'il serait irresponsable de la part du Parlement d'autoriser l'AMM TM-SPMI.

L'extension n'est pas une obligation constitutionnelle

Le Comité a entendu des témoignages convaincants selon lesquels le Parlement n'est pas constitutionnellement tenu d'étendre l'AMM TM-SPMI.¹⁸

Les témoins ont déclaré que ni l'arrêt Carter de la Cour suprême du Canada, ni les décisions judiciaires ultérieures concernant l'AMM n'ont établi un droit à l'AMM TM-SPMI en vertu de la Charte. Le Comité a entendu que chaque décision judiciaire relative à l'AMM portait sur les faits propres à chaque affaire portée devant le tribunal. Les tribunaux n'ont jamais statué que l'AMM pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves était une obligation constitutionnelle.¹⁹

Les témoins ont en outre fait remarquer que le Parlement conserve un large pouvoir pour établir des mesures de protection et des critères d'admissibilité à l'AMM TM-SPMI lorsqu'il existe un objectif légitime de protéger les personnes vulnérables contre une mort injustifiée. Il a été avancé que le maintien d'une exclusion pour les troubles mentaux serait conforme à cet objectif.²⁰

¹³Témoignages : 14 avril 2026 (Dre Karin Neufeld; Dre Ramona Coelho); 27 avril 2026 (Dre Allison Crawford); mémoire de Sephora Tang, 2026, p. 1-4.

¹⁴Témoignages : 14 avril 2026 (Dre Karin Neufeld; Dre Ramona Coelho); mémoire de Sephora Tang, 2026, p. 1-4.

¹⁵Témoignages : 24 mars 2026 (Dr K. Sonu Gaind).

¹⁶Témoignages : 5 mai 2026 (Dr Jim van Os).

¹⁷Mémoire de Sephora Tang, 2026, p. 1-4.

¹⁸Témoignages : 21 avril 2026 (Kerri Froc); 24 mars 2026 (Trudo Lemmens).

¹⁹Témoignages : 21 avril 2026 (Kerri Froc); 24 mars 2026 (Trudo Lemmens).

²⁰Témoignages : 21 avril 2026 (Kerri Froc); 24 mars 2026 (Trudo Lemmens); mémoire de David Shannon, mars 2026, p. 1-4.

Les conservateurs rejettent donc l'argument selon lequel le Parlement n'aurait d'autre choix que de poursuivre l'extension. Cette extension était une décision politique prise par les législateurs et elle peut, et doit, être annulée par les législateurs.

Le système n'est pas prêt pour l'AMM TM-SPMI

Outre la volonté de résoudre les défis liés à la détermination du caractère irrémédiable et à la distinction entre une demande d'AMM TM-SPMI et une tendance suicidaire, l'extension de la clause de caducité visait à donner aux provinces et aux territoires le temps de mettre en place un système prêt à mettre en œuvre l'AMM TM-SPMI.²¹ Il ressort clairement des témoignages entendus par le comité que peu de progrès ont été réalisés en ce sens. En termes simples, les provinces et les territoires ne sont pas prêts à étendre l'AMM TM-SPMI.²²

Outre ce manque de préparation, les témoins ont également souligné qu'il existe déjà des préoccupations quant à l'efficacité et à l'applicabilité des mesures de protection existantes dans le cadre du régime actuel d'AMM.²³

Lacunes actuelles en matière de mesures de protection et de surveillance

Le Comité a appris que de graves lacunes subsistent dans le cadre actuel de surveillance de l'AMM au Canada ainsi que dans l'application des mesures de protection qui s'y rapportent.

Les documents du Comité ontarien d'examen des décès liés à l'AMM ont été cités comme preuve que le régime actuel est déjà confronté à des cas préoccupants impliquant des troubles mentaux, une vulnérabilité, des soutiens inadéquats et une responsabilité limitée.²⁴

Le professeur Lemmens a averti que les rapports font état de cas où des personnes atteintes de troubles mentaux très graves sont « traités en mode accéléré au Canada »²⁵, tandis que la Dre Coelho a témoigné que moins de la moitié des personnes mentionnées dans les rapports du coroner de l'Ontario avaient bénéficié d'un soutien en matière de santé mentale ou de handicap avant leur décès, et que moins de 10 % avaient bénéficié de solutions communautaires ou d'un soutien au revenu.²⁶

La Dre Coelho a averti que l'AMM peut permettre à des influences structurelles et coercitives de pousser des personnes vers la mort²⁷, tandis que le professeur Lemmens a mis en avant un cas impliquant une maladie mentale, des antécédents de tendances suicidaires et une consommation abusive de substances, dans lequel la consommation de substances n'a pas été examinée, aucun

²¹Projet de loi C-39, Loi modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), 44e législature, 1re session; projet de loi C-62, Loi no 2 modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), 44e législature, 1re session.

²²Témoignages : 14 avril 2026 (Sarah Lawley, Santé Canada); 28 avril 2026 (Dr Sanjeev Sockalingam); 27 avril 2026 (Melissa Prokopy; Dr Kevin Young, OHA).

²³Témoignages : 14 avril 2026 (Sarah Lawley, Santé Canada); 24 mars 2026 (Trudo Lemmens); 21 avril 2026 (Dr Christopher Lyon).

²⁴Témoignages : 24 mars 2026 (Trudo Lemmens); 14 avril 2026 (Dre Ramona Coelho).

²⁵Témoignages : 24 mars 2026 (Trudo Lemmens).

²⁶Témoignages : 14 avril 2026 (Dre Ramona Coelho).

²⁷Témoignages : 14 avril 2026 (Dre Ramona Coelho).

traitement de la toxicomanie n'a été proposé et les préoccupations de la famille n'ont pas été consignées.²⁸

Le Comité a également entendu des témoignages plus généraux selon lesquels les mécanismes de responsabilité sont fragmentés et souvent rétrospectifs.²⁹ Santé Canada a reconnu que la surveillance est un ensemble disparate que le gouvernement fédéral ne dirige pas.³⁰ Les mesures de protection de l'AMM devraient prévenir les erreurs avant que le décès ne survienne ; un système qui examine principalement les décisions après un décès par AMM ne peut pas éliminer complètement le risque d'erreur irréversible.

Normes de pratique et ressources de formation insuffisantes

Le Comité a entendu des affirmations selon lesquelles les normes de pratique, les documents d'orientation et la formation des évaluateurs témoignaient d'une bonne préparation, mais les preuves les plus solides indiquaient le contraire.

Les lignes directrices de l'Association des psychiatres du Canada ont été critiquées pour leur orientation procédurale et leur caractère purement théorique, car elles ne comportent pas de critères fondés sur des données probantes permettant de prédire l'évolution d'une maladie mentale, ne fournissent pas de méthodes concrètes pour distinguer une tendance suicidaire d'une demande d'AMM³¹ et ne reflètent pas un large consensus au sein de la profession psychiatrique.³²

La même préoccupation s'applique à la formation de l'ACEPA financée par le gouvernement fédéral. Le Comité a appris que le programme de formation vise en fin de compte à former les évaluateurs à vérifier la capacité et le consentement, mais pas à examiner plus en profondeur si le désespoir d'une personne peut être motivé par un manque de reconnaissance, de soutien, d'égalité ou d'autres circonstances qui devraient déclencher une protection plutôt qu'une prestation.³³

Les directives et la formation peuvent contribuer à normaliser un processus, mais elles ne peuvent pas résoudre les deux problèmes fondamentaux qui restent en suspens depuis le début : déterminer le caractère irrémédiable et distinguer la suicidalité d'une demande d'AMM. Un module de formation ne peut pas créer de certitude clinique là où les preuves indiquent qu'il n'y en a pas, et il ne peut pas se substituer à des mesures de protection capables de protéger les personnes vulnérables avant qu'un décès irréversible ne survienne.

Les systèmes de santé provinciaux et territoriaux ne sont pas prêts

²⁸Témoignages : 24 mars 2026 (Trudo Lemmens).

²⁹Témoignages : 21 avril 2026 (Dr Christopher Lyon); 5 mai 2026 (Alicia Duncan; Alexander Schadenberg).

³⁰Témoignages : 14 avril 2026 (Sarah Lawley, Santé Canada).

³¹Témoignages : 28 avril 2026 (Dr Sanjeev Sockalingam); 27 avril 2026 (Dre Allison Crawford).

³²Témoignages : 14 avril 2026 (Dre Karin Neufeld).

³³Témoignages : 21 avril 2026 (Catherine Frazee).

Le Comité a entendu des témoignages indiquant que les systèmes de santé canadiens ne sont toujours pas prêts pour la mise en œuvre de l'AMM TM-SPMI.³⁴

Les témoins ont mis en évidence d'importantes disparités dans l'accès aux soins psychiatriques, au soutien psychologique, au traitement de la toxicomanie, aux aides communautaires, à l'aide au logement et aux services adaptés à la culture.³⁵ De nombreux Canadiens continuent de faire face à de longs délais d'attente et à des obstacles importants pour accéder à des traitements susceptibles de soulager leurs souffrances et d'améliorer leur qualité de vie.³⁶

Les représentants des hôpitaux et les experts en santé mentale ont averti que la mise en place de l'AMM TM-SPMI dans ce contexte risquait de créer une voie vers la mort plus accessible que les services destinés à favoriser le rétablissement.³⁷ Les témoins ont également souligné les divergences d'approche entre les provinces et les territoires, y voyant la preuve que le pays n'est pas prêt à mettre en œuvre ce programme à l'échelle nationale.³⁸

Préoccupations liées au « magasinage de médecins »

Le Comité a également entendu des témoignages selon lesquels un contrôle insuffisant peut entraîner un risque de « magasinage de médecins » ou de « magasinage de la province de résidence ».³⁹ Le Comité a pris connaissance de cas où une personne dont la demande avait été rejetée s'était tournée vers un autre évaluateur, parfois dans une autre juridiction. Dans certains de ces cas, les préoccupations soulevées lors des évaluations précédentes n'ont pas été prises en compte par les évaluateurs suivants.⁴⁰

Dans l'ensemble, il est clair que le Canada n'est pas en mesure d'élargir l'accès à l'AMM TM-SPMI, car il existe déjà des préoccupations concernant l'application des mesures de protection actuelles en matière d'AMM. Les conservateurs estiment qu'il est impératif que le gouvernement entame un examen de l'efficacité et de l'applicabilité des mesures de protection actuelles en matière d'AMM.

Le gouvernement libéral doit soutenir le projet de loi C-218

Il est urgent de modifier le Code criminel afin d'exclure indéfiniment de l'accès à l'AMM les personnes dont la seule condition est une maladie mentale, comme l'a recommandé la commission. Si aucune modification législative n'est apportée, l'AMM TM-SPMI sera accessible aux Canadiens vulnérables à compter du 17 mars 2027.

Heureusement, les conservateurs ont déjà proposé une solution législative. Le projet de loi émanant d'un député conservateur C-218 atteint l'objectif législatif défini par la recommandation du Comité. Il convient de noter que le projet de loi C-218 a déjà entamé son parcours législatif et pourrait être renvoyé en comité pour examen dès septembre.

³⁴Témoignages : 14 avril 2026 (Sarah Lawley, Santé Canada; Dre Karin Neufeld); 27 avril 2026 (Melissa Prokopy; Dr Kevin Young, OHA); 28 avril 2026 (Dr Sanjeev Sockalingam).

³⁵Témoignages : 27 avril 2026 (Dre Margaret McKinnon; Dr Sandip Singh Gandham); 28 avril 2026 (Neil Belanger; Dr Roderick McCormick).

³⁶Témoignages : 28 avril 2026 (Dr Sanjeev Sockalingam); 27 avril 2026 (Melissa Prokopy; Dr Kevin Young, OHA).

³⁷Témoignages : 28 avril 2026 (Dr Sanjeev Sockalingam); 27 avril 2026 (Melissa Prokopy; Dr Kevin Young, OHA).

³⁸Témoignages : 14 avril 2026 (Sarah Lawley, Santé Canada).

³⁹Témoignages : 21 avril 2026 (Dr John Maher); 5 mai 2026 (Alexander Schadenberg).

⁴⁰Témoignages : 14 avril 2026 (Sarah Lawley, Santé Canada); 21 avril 2026 (Dr Christopher Lyon).

Certains députés ont exprimé des inquiétudes quant à l'utilisation du terme « trouble mental » dans le projet de loi et préféreraient que celui-ci utilise le terme « maladie mentale ». Les conservateurs reconnaissent l'ambiguïté entre ces termes. Ils soulignent toutefois que la raison pour laquelle le projet de loi utilise le terme « trouble mental », et en fait la raison pour laquelle les versions précédentes de ce comité ont utilisé ce terme, tient à l'avis de la Dre Mona Gupta, membre du groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale mis en place par le gouvernement libéral lui-même. On peut donc considérer que cette ambiguïté est en quelque sorte le fait du gouvernement lui-même.⁴¹

Les conservateurs n'ont aucune objection à ce que le projet de loi C-218 soit amendé en comité afin d'utiliser le terme « maladie mentale ». En fait, nous encourageons le gouvernement et le Parlement à établir une définition officielle de la « maladie mentale » dans le *Code criminel*, et nous sommes prêts à collaborer avec le gouvernement à cette fin.

Le soutien apporté à un projet de loi en deuxième lecture signifie que la Chambre des communes appuie le principe du projet de loi. Il serait regrettable que le gouvernement libéral s'oppose à un projet de loi qui atteint les objectifs législatifs énoncés dans la recommandation du comité en raison d'une subtilité technique qui peut facilement être corrigée au stade de l'étude en comité. Agir ainsi ne serait rien d'autre qu'une démonstration de cynisme politique.

De plus, ce serait une démonstration honteuse de cynisme politique si le gouvernement rejetait le projet de loi C-218, pour ensuite présenter un projet de loi gouvernemental sur l'AMM qui ne se contenterait pas de mettre fin à l'extension de l'AMM TM-SPMI, mais qui associerait cet objectif politique à des modifications du régime d'AMM que certains membres de l'opposition officielle pourraient avoir du mal à soutenir.

Soutenir le projet de loi C-218 est le moyen le plus approprié pour le Parlement de mettre un terme à l'extension prévue. Les conservateurs encouragent le gouvernement libéral à mettre la politique de côté et à appuyer ce projet de loi sans délai.

Conclusion

Les données sont claires, comme elles l'ont toujours été : aller de l'avant avec l'élargissement de l'accès à l'AMM TM-SPMI est imprudent et dangereux. Il est évident que les deux principales préoccupations – déterminer le caractère irrémédiable de la maladie et distinguer les demandes d'AMM TM-SPMI des tendances suicidaires – restent sans réponse. Les données jettent un sérieux doute sur la possibilité de résoudre ces problèmes.

De plus, il est clair que les systèmes de santé provinciaux et territoriaux ne sont pas prêts à fournir de manière appropriée l'AMM TM-SPMI. Et de sérieuses préoccupations concernant l'efficacité et l'applicabilité des mesures de protection de l'AMM persistent dans le régime actuel de l'AMM.

Les conservateurs se réjouissent que le Comité ait recommandé une suspension indéfinie de l'extension de l'AMM TM-SPMI, comme ils le réclament au gouvernement depuis des années.

⁴¹Santé Canada, Rapport final du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale, mai 2022; Comité AMAD, L'aide médicale à mourir et le trouble mental comme seul problème médical invoqué : rapport provisoire, juin 2022, p. 2.

Les conservateurs ont déjà présenté au Parlement une solution législative avec le projet de loi C-218. Nous encourageons vivement le gouvernement libéral à appuyer le projet de loi C-218, et nous sommes prêts à collaborer avec le gouvernement à cette fin.

Compte tenu de ce qui précède, les conservateurs formulent les recommandations suivantes :

Recommandations des conservateurs

Recommandation n° 1 : Soutenir le projet de loi C-218

Le gouvernement libéral devrait soutenir le projet de loi C-218 et abroger définitivement l'élargissement prévu du champ d'application de l'AMM TM-SPMI.

Les conservateurs sont prêts à soutenir un amendement visant à remplacer, dans le projet de loi, le terme « trouble mental » par « maladie mentale » et à collaborer avec le gouvernement libéral pour établir une définition légale de la « maladie mentale ».

Recommandation 2 : Renforcer la surveillance et la communication d'informations relatives à l'AMM

Le gouvernement devrait renforcer la surveillance fédérale de l'AMM et la communication d'informations au public en élargissant les données recueillies en vertu du Règlement sur la surveillance de l'AMM.

Les données recueillies devraient inclure la situation sociale et économique, les antécédents psychiatriques, les tendances suicidaires lorsqu'elles sont cliniquement documentées, les soutiens offerts et utilisés avant la prestation, ainsi que les évaluations et les résultats antérieurs en matière d'AMM. Les rapports publics devraient permettre au Parlement et aux Canadiens d'identifier des tendances relatives à la vulnérabilité, à l'accès aux soutiens et aux déterminants sociaux de la santé.

Recommandation 3 : Des mesures de protection devraient prévenir les erreurs avant que le décès ne survienne

Le gouvernement devrait collaborer avec les provinces et les territoires pour établir des normes nationales minimales en matière de surveillance de l'AMM afin de garantir l'efficacité et l'applicabilité des mesures de protection.

Ces normes devraient inclure des mécanismes d'examen prospectif capables de suspendre ou d'interrompre une prestation en cas de graves préoccupations de conformité avant le décès, un examen plus approfondi des dossiers et évaluations antérieurs, des voies de renvoi claires en cas de violations potentielles du *Code criminel*, et une plus grande indépendance des organismes de surveillance par rapport aux systèmes de prestation d'AMM.

Recommandation 4 : L'AMM ne devrait jamais être suggérée à une personne en situation de crise

Le gouvernement devrait revoir et mettre à jour les documents d'orientation et de formation sur l'AMM financés par le gouvernement fédéral afin de garantir que les évaluations soient normalisées, rigoureuses et appliquées de manière cohérente à travers le Canada.

Les directives devraient clairement indiquer que les cliniciens ne doivent pas aborder ou suggérer de manière proactive l'AMM lorsqu'une personne traverse une crise psychiatrique, exprime des tendances suicidaires, vit avec des besoins non satisfaits liés à un handicap ou au soutien social, ou lorsqu'il existe des préoccupations concernant le caractère volontaire, la vulnérabilité ou la pression extérieure.

À cette fin, le Parlement devrait adopter le projet de loi émanant d'un député conservateur C-260, Loi modifiant le Code criminel (AMM — protection contre la coercition).

Recommandation n° 5 : Examiner l'efficacité et l'applicabilité des mesures de protection actuelles relatives à l'AMM

Le gouvernement devrait entreprendre un examen de l'efficacité et de l'applicabilité des mesures de protection actuelles relatives à l'AMM afin d'éviter que des Canadiens vulnérables ne passent entre les mailles d'un système censé les protéger.

Soumis respectueusement,

L'honorable Yonah Martin, Senator, coprésidente
Colombie-Britannique

Tamara Jansen, députée, Vice-présidente
Cloverdale—Langley City

Michael Cooper, député
St. Albert—Sturgeon River

Andrew Lawton, député
Elgin—St. Thomas—London-Sud

Todd Doherty, député
Cariboo—Prince George

RAPPORT DISSIDENT DU BLOC QUÉBÉCOIS
Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir - Admissibilité de toute personne dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale

Luc Thériault, Député de Montcalm et porte-parole du Bloc Québécois en matière d'aide médicale à mourir

1- UN VIRAGE À 180 DEGRÉ DU GOUVERNEMENT

1.1 DEPUIS juin 2022, LE COMITÉ A TOUJOURS CONSIDÉRÉ PERTINENT D'ÉLARGIR L'AMM au TM-SPMI. Les deux seules réserves qu'il avait concernaient (1) le degré de préparation des milieux cliniques pour garantir une application sûre adéquate et (2) les délais très courts avant la date butoir de mars 2023. On retrouve ces réserves dans la conclusion du rapport provisoire du Comité Spécial Mixte (AMAD) de juin 2022 :

Bien que du travail soit déjà en cours pour mettre en œuvre les recommandations du Groupe d'experts, des inquiétudes demeurent quant aux efforts encore requis afin de s'assurer que toutes les mesures nécessaires soient en place d'ici mars 2023, lorsque l'AMM pourra être considérée dans le cas de personnes souffrant de troubles mentaux comme seul problème médical invoqué. Nous exhortons le gouvernement fédéral à travailler avec les provinces, les territoires et les autres intervenants pour s'assurer que les recommandations du Groupe d'experts soient mises en place de façon ponctuelle.¹

Ainsi autant dans le rapport final du comité AMAD de février 2023, à la suite duquel le gouvernement a déposé C-39, que dans le rapport du comité AMAD remis sur pied pour donner suite à la recommandation 13 du rapport principal de janvier 2024, à la suite duquel le gouvernement a déposé C-62, jamais le comité n'a remis en question le bien-fondé de l'ouverture à l'AMM TM-SPMI.

L'admissibilité à l'aide médicale à mourir était prévue dans C-7 pour MARS 2023. Voyons ce qu'en dit le comité dans Rapport final de février 2023 dans la section AMM TM-SPMI :

« Bien que le Comité respecte le point de vue de certains témoins selon lequel les personnes dont le seul problème médical invoqué est un trouble mental ne devraient pas être admissibles à l'AMM, **le Comité estime au contraire que ces personnes devraient pouvoir obtenir l'AMM, à condition de répondre aux critères d'admissibilité.** Le Comité est également conscient de la nécessité de veiller à ce que les personnes vulnérables ne cherchent pas à demander l'AMM à défaut de pouvoir bénéficier d'un soutien social et médical adéquat. **Le Comité est favorable à l'AMM TM-SPMI, mais il est inquiet du fait**

¹ L'AIDE MÉDICALE À MOURIR ET LE TROUBLE MENTAL COMME SEUL PROBLÈME MÉDICAL INVOQUÉ : RAPPORT PROVISOIRE, Rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, 2022, p.22

qu'il n'y a pas eu assez de temps pour l'élaboration des normes de pratique mentionnées par le Groupe d'experts. Les témoins ont clairement indiqué que ces normes sont essentielles pour garantir une approche réfléchie et cohérente à l'égard de l'AMM TM-SPMI. Le Comité a pris acte de l'annonce faite par les ministres de repousser l'admissibilité à l'AMM TM-SPMI. Comme nous l'avons mentionné, le projet de loi C-39 propose de repousser l'admissibilité d'un an, jusqu'en mars 2024. Le Comité est conscient du fait que ce report pourra prolonger les souffrances de certaines personnes. Le Comité reste néanmoins saisi de cette question et veut s'assurer que les normes seront en place avant que l'AMM TM-SPMI ne soit permise. Pour cette raison, le Comité fait la recommandation suivante :

Recommandation 13

Que, cinq mois avant l'entrée en vigueur de l'admissibilité à l'AMM lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué, un comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir soit rétabli par la Chambre des communes et le Sénat afin de vérifier le degré de préparation atteint pour une application sûre et adéquate de l'AMM (en situation de TM-SPMI). À la suite de cette évaluation, le Comité mixte spécial fera sa recommandation finale à la Chambre des communes et au Sénat. »

1.2 Dans son dernier rapport (2026) le Comité spécial mixte à fait un virage à 180 degré en remettant en question le bien fondé de cet élargissement

- **Malgré** la démonstration du caractère discriminatoire d'une telle position. À cet effet, le Mémoire de Jocelyn Downie² le 31 mars 2026 en fait la démonstration.
- **Malgré** la démonstration que l'état de préparation est adéquat selon l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (ACEPA), l'Association canadienne des psychiatres (ACP), l'Association québécoise de psychiatrie (l'AQP), le ministère de la Santé, le ministère de la Justice et l'établissement des normes de pratiques du Comité de travail financé par le gouvernement libéral pour définir les normes de pratiques et les formations requises pour les évaluateurs et les prestataires. (pour mieux comprendre, voir la formation dont a accouché le Comité de travail sur les normes de pratiques, le document de l'ACEPA intitulé « Pour Évaluer l'incurabilité pour les demandes d'AMM », et le mémoire de l'ACP, laquelle n'a pas été invitée à témoigner malgré ses demandes d'auditions).

2 C-7 ET LE RAPPORT DU GROUPE D'EXPERTS

Lorsque la Chambre des Communes a adopté C-7, c'était pour corriger le fait que C-14 était inconstitutionnel et ne respectait pas l'Arrêt Carter (cf. Le Jugement Beaudoin) en limitant l'accès à l'AMM strictement aux circonstances où la mort était

² Mémoire présenté au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, Jocelyn Downie, mars 2026.

raisonnablement prévisible. Cette notion floue portait atteinte à l'article 7 et à l'article 15 de la Charte des droits et libertés, et laissait en plan toutes les personnes aptes à prendre une décision libre et éclairée, mais aux prises avec un problème de santé grave et irrémédiable leur causant des souffrances intolérables *sans que la mort ne soit imminente*. Ainsi, les mesures de sauvegardes de la voie deux furent introduites. C-7 introduisait aussi une exclusion temporaire pour la maladie mentale, exclusion qui devait être levée en mars 2023.

David Lammetti avait alors confié à un comité d'expert le mandat de définir les balises pour une application sûre et adéquate de l'AMM TM-SPMI (Aide médicale à mourir quand le trouble mental est le seul problème médical invoqué)³. Dans la foulée, il avait aussi constitué un Comité Spécial Mixte AMAD (Sénat – Chambre des Communes) pour examiner tous les cas de figure de l'AMM. Ce comité a examiné « *des dispositions du Code criminel concernant l'aide médicale à mourir et de l'application de celles-ci, notamment des questions portant sur les mineurs matures, les demandes anticipées, la maladie mentale, la situation des soins palliatifs au Canada et la protection des Canadiens handicapés* ».

Le Comité AMAD a commencé à entendre des témoins le 13 avril 2022. Il a toutefois attendu que le Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale publie son rapport le 13 mai 2022 pour entendre des témoignages touchant les troubles mentaux. Conformément à son mandat, le **Groupe d'experts était tenu de formuler des recommandations sur les questions suivantes:**

- Les protocoles et directives pour l'évaluation et la fourniture de l'AMM aux personnes atteintes d'une maladie mentale, à l'usage des organismes professionnels de santé nationaux, provinciaux et territoriaux et des médecins.
- des mesures de protection supplémentaires à inclure dans la législation fédérale pour soutenir la mise en œuvre sûre de l'AMM pour les personnes atteintes d'une maladie mentale.

Le Groupe d'experts en est venu à la conclusion suivante : **les critères d'admissibilité et les mesures de sauvegarde existantes concernant l'AMM, renforcées par les lois, les normes et les pratiques en vigueur dans les domaines connexes des soins de santé, peuvent fournir une structure adéquate pour l'AMM TM SPMI dans la mesure où ils sont interprétés de manière appropriée pour prendre en considération la spécificité diagnostique des troubles mentaux.**

³ Rapport final du Groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir (AMM) et la maladie mentale, mai 2022. [Rapport final du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale - Canada.ca](#)

3 LE COMITÉ MIXTE AMAD EST CONFRONTÉ À DES PROBLÈMES STRUCTURELS QUI LE RENDENT INEFFICACE

Pour le comité mixte AMAD, obtenir une prolongation de délai **sans changer** l'organisation interne du travail du comité une fois ce délai obtenu n'a fait que perpétuer le prolongement bancal du travail lié à l'empressement du gouvernement fédéral. Il eut fallu s'inspirer de la méthodologie exemplaire des travaux de l'ASSNAT (Assemblée nationale du Québec) en matière d'AMM.

L'autre source du problème est liée au fait que, contrairement à l'ASSNAT, le Parlement canadien ne sera jamais le théâtre d'une démarche consensuelle ou transpartisane quant à l'organisation des travaux, parce que les Conservateurs sont incapables de ne pas être partisans lorsqu'il s'agit d'AMM. Tous les moyens sont bons pour mettre les bâtons dans les roues.

Quant à nos récents travaux, je ne dirai qu'une chose : c'est assurément le pire exercice auquel j'ai participé depuis le premier Comité spécial mixte. Les dés étaient pipés d'avance. Mettre à la poubelle 3 rapports et reléguer aux oubliettes la souffrance de personnes aux prises avec un trouble mental, c'est questionnant. Je trouve inquiétant d'être devant des législateurs qui prolongent l'exclusion de l'AMM TM-SPMI malgré qu'elle soit discriminatoire et inconstitutionnelle, mais qui n'ont pas le courage de renvoyer la question à la Cour Suprême afin d'éviter que ce fardeau ne soit infligé aux patients souffrants. Cela relève d'une rigidité idéologique, d'une triste partisanerie, et d'un manque flagrant de compassion. **Entendre constamment invoquer que les problèmes d'accès aux soins et les vulnérabilités structurelles inciteraient supposément les patients à faire des demandes d'AMM plutôt que de se faire soigner (bien que les données probantes prouvent le contraire), sans que ne soient proposée une augmentation substantielle des transferts en santé, c'est inqualifiable.**

4 LES VULNÉRABILITÉS STRUCTURELLES

Par rapport aux vulnérabilités structurelles, les données de Santé Canada, les rapports annuels sur l'aide médicale à mourir au Canada ainsi qu'une étude scientifique de James Downar et Kieran L. Quinn, intitulée « *La marginalisation structurelle est-elle un facteur déterminant de l'aide médicale à mourir au Canada? Interprétations des données d'observation, du contexte social, et des rapports réglementaires* » arrivent à la conclusion que les vulnérabilités structurelles ne jouent pas un rôle important dans les demandes d'AMM:

« Cet article a examiné l'utilisation des données d'observation sur l'aide médicale à mourir au Canada, la manière dont la marginalisation structurelle sert d'indicateur de vulnérabilité, et comment ces facteurs pourraient éclairer sur la capacité décisionnelle et le caractère volontaire des décisions liées à l'aide médicale à mourir. S'appuyant sur des données à l'échelle de la

population et des analyses de cas, l'étude révèle que les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir sont plus favorisés sur le plan socio-économique, bénéficie d'un meilleur accès aux services et d'une meilleure expérience de fin de vie par rapport à l'ensemble de la population, selon tous les indicateurs disponibles. (...) ils réfutent clairement l'idée selon laquelle l'aide médicale à mourir serait motivée par la marginalisation ou une prestation de services insuffisante à un niveau significatif au Canada. Bien qu'il puisse exister des exceptions, les cas anecdotiques cités pour étayer cette affirmation résistent rarement à un examen minutieux. »⁴

5 NÉCESSAIRE RECOURS À LA COUR SUPRÊME

En matière d'AMM, c'est la Cour suprême qui a obligé la Chambre des communes dès 2015 à modifier le Code criminel afin de répondre aux demandes des patients qui voyaient leurs droits constitutionnels bafoués. **Le Bloc québécois est d'avis que l'arrêt Carter et le jugement Beaudoin justifient l'ouverture de l'AMM aux personnes aux prises avec un TM-SPMI dont la souffrance chronique est devenue intolérable.**

5.1 De Carter à Beaudoin : l'ouverture de la voie 2 et l'AMM TM-SPMI

Les tribunaux (Arrêt Carter, Jugement Beaudoin) ont établi que, sur le fond, une interdiction absolue (générale) de l'AMM pour les personnes aux prises avec un trouble mental comme seul problème médical invoqué (TM-SPMI serait discriminatoire et injustifiée.

Au nom de quoi l'État devrait - il porter atteinte ou restreindre le droit à l'autodétermination d'une personne atteinte d'un trouble mental du moment que sa capacité décisionnelle n'est pas affectée ? Au nom de quoi une souffrance chronique devenue intolérable devrait être considérée **comme raisonnable, au nom de quoi la discrimination serait-elle raisonnable?**

6 LE RÔLE DE L'ÉTAT

Le rôle de l'État n'est pas de prétendre savoir mieux que la personne aux prises avec des souffrances intolérables ce qui est son bien (bienfaisance) en matière aussi intime que sa propre mort. **Le rôle de l'État est d'assurer les conditions d'exercice d'un choix libre et éclairé de la personne.**

⁴ La marginalisation structurelle est-elle un facteur déterminant de l'aide médicale à mourir au Canada? Interprétations des données d'observation, du contexte social, et des rapports réglementaires, James Downar et Kieran L. Quinn, Revue canadienne de l'AMM, Volume 1, numéro 1, automne 2025, p.42.

7 LE DROIT ET L'ÉTHIQUE CLINIQUE

Le droit et l'éthique clinique reconnaissent au patient, en contexte biomédical, le droit à l'autodétermination de sa personne. **Le consentement libre et éclairé, la décision éclairée, l'exercice de la capacité décisionnelle du patient lorsqu'elle a bien été établie selon les règles de l'art, s'oppose au paternalisme médical**, lequel semble encore trop présent en psychiatrie. Ainsi, la littérature bioéthique explique qu'avec les années, nous sommes passés de l'acharnement thérapeutique (l'obsession curative) à la reconnaissance du droit de mourir. **À partir de ce moment, l'acharnement curatif motivé par un paternalisme médical contrôlant a fait de la place à la volonté du patient et au droit du patient de se prévaloir des soins palliatifs** (les opposants parlaient d'euthanasie passive et s'opposaient aux soins palliatifs), **des soins de confort et plus tard de l'AMM**. D'autre part, ce respect de l'autonomie et du droit à l'autodétermination de la personne du patient souffrant aura mené, dans la pratique clinique et le droit, à la **reconnaissance du refus d'un traitement vital et la cessation de traitement** comme éléments d'une **bonne pratique médicale**.

Nous devons nous questionner : pourquoi en serait-il autrement pour certains patients aux prises avec un Trouble Mental dont la souffrance est devenue intolérable et dont la chronicité a été établie dans le temps et dont le dossier médical démontre sans l'ombre d'un doute que tous les traitements disponibles ont été dispensés sans une amélioration permanente ou un allègement significatif de la souffrance devenue intolérable?

Certaines personnes pensent que l'Arrêt Carter ne s'applique pas aux troubles mentaux parce qu'interdire l'élargissement de l'AMM ce serait une discrimination « raisonnable » pour soi-disant protéger les patients aux prises avec des vulnérabilités structurelles. Pourtant, le rapport des experts est clair : ce n'est pas parce qu'une personne en fait la demande qu'une demande d'AMM peut être considérée et accordée. Il y a des balises strictes.

Il faudrait alors poser la question au nom de quoi ou à quelle condition la souffrance peut-elle devenir raisonnable? En quoi, l'article 1 de la Charte peut-il permettre une interdiction générale de l'AMM TM-SPMI? Certains psychiatres évoquent une impossibilité d'établir l'irréversibilité d'un trouble mental. Ils remettent en cause la possibilité pour la psychiatrie d'établir un pronostic d'incurabilité, voire même un diagnostic... Pourtant, toutes ces difficultés sont articulées dans le rapport du Groupe d'experts qui propose des balises et des précautions à prendre pour une application sûre et adéquate de l'AMM TM_SPMI. Il suffit de s'y référer.

7.1 Questionnement sur l'importance à donner aux anecdotes

Une question n'a pas été répondue par ces quelques psychiatres qui, de façon anecdotique, sans démonstration, du même souffle, prétendent qu'on peut toujours

guérir et soulager tous les troubles mentaux et que la psychiatrie se trompe non seulement sur le pronostic, mais aussi sur le diagnostic. Pourquoi devrait-on se fier à des anecdotes, sans données probantes, de patients qui, selon eux, auraient pu satisfaire aux critères et aux précautions élaborer dans le rapport du Groupe d'experts, alors qu'ils n'ont aucune expérience de l'AMM ni comme évaluateurs, ni comme prestataires et qu'ils s'opposent dans les faits à la voie 2 ou à l'AMM en général?

Au nom de quoi un patient, victime de la stigmatisation souvent inhérente aux troubles mentaux, qui souffre depuis des décennies et qui a essayé tous les traitements disponibles sans succès permanents, devrait-il se faire imposer de souffrir indéfiniment? Pour combien de temps encore? Quelle alternative leur reste-t-il? Le suicide? Une grève de la faim pour se rapprocher de la voie 1, ou assumer le fardeau de contester devant les tribunaux la discrimination dont ils sont victimes?

8 FAIRE UNE DEMANDE NE SIGNIFIE PAS ÊTRE ADMISSIBLE

8.1 Le Rapport du groupe d'experts qui a suggéré les conditions à partir desquelles l'AMM pourrait s'étendre aux TM- SPMI sont claires. Ce n'est pas parce qu'un patient fait une demande qu'il sera éligible. Lors de son témoignage, Stéphanie Green a expliqué qu'est non éligible une personne⁵ :

- En crise suicidaire
- Nouvellement prise en charge et diagnostiquée
- Dont la demande repose sur des vulnérabilités structurelles
- Qui refuse sans justifications tous les traitements qui pourraient améliorer sa condition
- S'il existe des traitements accessibles et efficaces
- Si les évaluateurs ne peuvent se prononcer sur tout ou une partie des critères

8.2 Parce qu'on reconnaît que pour les TM l'irrémédiabilité et l'incurabilité ne sont pas toujours aussi faciles à établir que pour les maladies de la voie 1 (bien que l'intensité de la souffrance puisse être similaire), et que les idéations suicidaires doivent être distinguées d'une volonté réfléchie et constante d'AMM, le Collège des médecins du Québec a élaboré des balises, cinq conditions pour éviter toute dérive⁶ :

- 1) La décision d'accorder l'aide médicale à mourir dans un cas de trouble mental ne doit pas s'inscrire uniquement dans un épisode de soins, mais doit être prise au terme d'une évaluation globale et juste de la situation de la patiente ou du patient.
- 2) Il ne doit pas y avoir d'idéation suicidaire, comme dans un cas de trouble dépressif majeur.
- 3) La souffrance psychique intense et continue, confirmée par des symptômes graves et une atteinte du fonctionnement global, est

⁵ AMAD, Témoignages du 27 avril 2026, Stefanie Green

⁶AMAD, témoignage du 28 novembre 2023, Collège des médecins du Québec

présente sur une longue période et enlève à la patiente ou au patient tout espoir d'allègement quant à la lourdeur de sa situation. Cela l'empêche de se réaliser dans un projet de vie et fait perdre toute signification à son existence.

- 4) On doit être en présence d'un long parcours de soins avec des suivis appropriés, des essais multiples de thérapies disponibles et reconnues comme efficaces, de même qu'un accompagnement psychosocial soutenu et éprouvé.
- 5) Une évaluation multidisciplinaire des demandes doit avoir été faite en présence essentielle du médecin ou de l'infirmière-praticienne spécialisée en santé mentale ayant assumé le suivi de la personne, et celle d'un psychiatre consulté dans le cadre précis de la demande d'aide médicale à mourir.

Finalement, le Collège des Médecins conclut :

« Nous estimons que, si ces balises étaient respectées, les personnes souffrant d'un trouble grave et irréversible de santé mentale pourraient bénéficier, elles aussi, de l'aide médicale à mourir. Il faut éviter que les personnes qui n'ont pas accès aux soins appropriés, qui ne jugent pas acceptables les services offerts, par exemple l'hébergement prolongé sans perspective de regagner davantage d'autonomie, optent, en désespoir de cause, pour l'aide médicale à mourir. »

9 L'ÉTAT DE LA PRÉPARATION POUR UNE APPLICATION SÛRE ET EFFICACE

La preuve **d'une accessibilité de fait** liée à un degré de préparation pour une application sûre et adéquate de l'AMM pour le TM-SPMI **a été démontrée lors de la récente étude du comité AMAD. Même si le Québec et l'Alberta ne vont pas de l'avant, ne pas le reconnaître serait déraisonnable.** Ceux qui s'opposent à l'AMM TM-SPMI doivent le faire pour un autre motif. Déjà en 2024, 124 médecins et infirmières praticiennes de tous les coins du Canada ont écrit une lettre, dont des prestataires et évaluateurs du Québec, pour dire au Sénat que le milieu clinique était prêt.

10 RECOMMANDATIONS DU BLOC QUÉBÉCOIS

10.1 Étant donné :

- Que les instances gouvernementales requises, le ministère de la Santé et de la Justice affirment qu'il y a eu un bon travail de terrain qui a été fait pour la formation et la connaissance de l'AMM TM-SPMI et que les milieux cliniques seraient prêts (sauf pour l'Alberta et le Québec pour lesquels ils n'ont pas de

données). Que c'est aussi l'avis de l'ACP, de l'AQP, de l'ACEPA, et de certains Collèges de médecins qui nous ont dit qu'être prêt est un devoir ;

- Que la Ministre québécoise de la Santé, Mme Sonia Bélanger, a écrit au comité AMAD que, bien qu'actuellement le Québec a fait le choix d'élargir l'AMM aux maladies neurodégénératives, plutôt que pour l'AMM TM-SPMI, la réflexion demeure ouverte sur le sujet;
- Que ce n'est pas avec la recommandation du présent Comité qui renvoie indéfiniment aux oubliettes l'ouverture à l'AMM au TM-SPMI, que se poursuivra la réflexion;
- Qu'une nouvelle analyse du dossier permettrait à l'Assemblée nationale du Québec de disposer de rapports essentiels qu'elle n'avait pas en sa possession lors de l'analyse initiale qu'elle a faite pour l'AMM TM-SPMI (notamment le rapport fédéral du Groupe d'experts);
- Qu'il a été clairement établi que faire une demande ne signifie pas être admissible et que plusieurs experts nous ont dit que les balises établies dans le rapport des experts sont suffisantes pour protéger les patients (est non éligible une personne qui est en crise suicidaire, nouvellement prise en charge et diagnostiquée, dont la demande repose sur des vulnérabilités structurelles, qui refuse sans justifications tous les traitements qui pourraient améliorer sa condition, s'il existe des traitements accessibles et efficaces et si les évaluateurs ne peuvent se prononcer sur tout ou une partie des critères);
- Qu'il faut éviter de condamner aux couloirs des soins palliatifs psychiatriques ad vitam aeternam les patients dont la souffrance liée à leur trouble mental est devenue intolérable alors qu'ils seraient admissibles à l'AMM TMSPMI;
- Que nous devons éviter de promouvoir le paternalisme médical ! Qu'enlever le droit à l'autodétermination d'une personne atteinte d'un trouble mental dont la souffrance chronique est intolérable et ne pas respecter sa capacité décisionnelle une fois bien établie selon les règles de l'art est discriminatoire.
- Que le comité a entendu lors des auditions du comité qu'il y aurait un différend juridique au niveau de l'interprétation à donner à l'arrêt Carter sur la question de la discrimination face à l'AMM en lien avec un trouble mental comme seule problématique, mais qu'il est moralement inacceptable de laisser aux patients le fardeau de cette clarification juridique;

10.2 Le Bloc québécois recommande :

RECOMMANDATION 1 : Le gouvernement doit rapidement demander à la Cour suprême de clarifier l'interprétation à donner à l'arrêt Carter sur la question de la discrimination face à l'AMM en lien avec un trouble mental comme seul problème médical invoqué, afin d'éviter d'exclure de manière généralisée les patients aux prises avec un TMSPMI de la possibilité de soumettre à une évaluation leur demande d'AMM.

RECOMMANDATION 2 : En attendant que la Cour Suprême tranche ce différend d'interprétation juridique, le gouvernement doit prolonger la clause crépusculaire et surtout ne pas supprimer prématurément et indéfiniment son entrée en vigueur.

RECOMMANDATION 3 : Qu'en matière d'AMM TM-SPMI (Aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué), la recommandation 16 du rapport du Groupe d'experts, à l'effet d'établir une surveillance prospective au terme du processus d'évaluation soit instaurée comme une mesure de sauvegarde (clinique) supplémentaire. Comme un tout petit nombre de patients seraient éligibles selon les témoignages recueillis, cette mesure serait facile à instaurer. À titre d'exemple, au Québec, le Commission des soins de fins de vie, qui fait systématiquement une surveillance rétrospective, pourrait accomplir facilement cette exigence clinique et mettre en place les dispositifs pour accomplir cette tâche.