



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

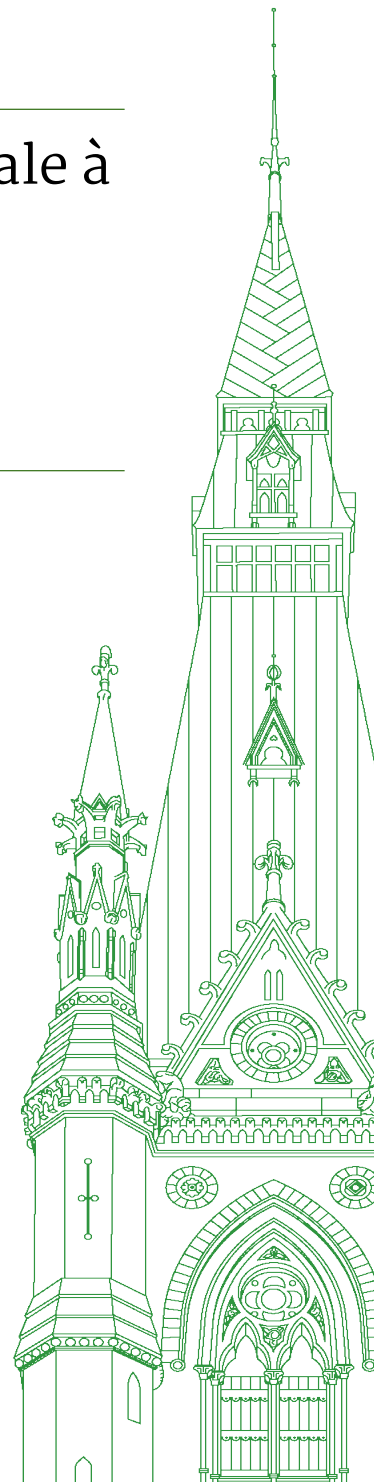
Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 003

Le mardi 14 avril 2026

Coprésidents : Marcus PowlowskiYonah Martin



Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

Le mardi 14 avril 2026

• (1835)

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin (sénatrice, Colombie-Britannique, C)): Je déclare la séance ouverte.

Bienvenue à la troisième séance du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir. Conformément à l'ordre de renvoi de la Chambre du Sénat adopté le 26 février 2026 et à l'ordre de renvoi de la Chambre des communes adopté le 13 février 2026, le Comité mixte spécial se réunit afin d'étudier l'admissibilité à l'aide médicale à mourir de toute personne dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale.

La séance d'aujourd'hui se déroule selon un format hybride, conformément au Règlement. Les membres y assistent en personne dans la salle et à distance via l'application Zoom.

Je sais qu'il existe des consignes concernant l'utilisation des microphones. Or, puisque ceux-ci seront contrôlés par nos techniciens, vous n'aurez donc pas à y toucher.

Mesdames et messieurs les témoins, merci beaucoup d'être ici aujourd'hui. Il s'agit d'une étude très importante, et je pense que vos témoignages seront très appréciés.

Avant de parler, veuillez attendre que je vous cède la parole. Les participants en visioconférence peuvent cliquer sur l'icône du microphone pour activer leur micro, et sont priés de le mettre en sourdine lorsqu'ils ne parlent pas. Pour ceux qui utilisent Zoom, vous pouvez sélectionner, en bas de votre écran, le canal d'interprétation approprié, soit le parquet, le français ou l'anglais. Les personnes présentes dans la salle peuvent utiliser leur oreillette pour sélectionner le canal souhaité. Comme vous pouvez le constater, l'anglais correspond au canal 1 et le français au canal 2.

Je vous rappelle que toutes les interventions doivent être adressées aux coprésidents. Mesdames et messieurs les membres présents dans la salle, si vous souhaitez prendre la parole, veuillez lever la main.

Concrètement, nous avons établi un ordre des intervenants. À l'issue de votre témoignage, nous passerons à la séance de questions selon l'ordre que nous avons déterminé au préalable. Les sénatrices et les sénateurs interviendront par ordre alphabétique. À partir du deuxième tour de questions, nous poursuivrons avec deux sénatrices ou sénateurs à chacun des tours.

Je pense que tout le monde a reçu le premier rapport du sous-comité ainsi que la motion dont nous avons discuté lors de la plus récente réunion du Comité. Vous avez tous reçu le plan de travail et certains des thèmes clés dont nous avons traité lors de notre réunion du 24 mars. Je tiens à m'assurer que vous en disposez tous d'un exemplaire.

À ce stade, je sollicite votre accord pour l'adoption de ce rapport.

Des députés: D'accord.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci beaucoup.

En ce qui concerne la motion présentée par Mme Jansen, je voudrais savoir s'il y a lieu de poursuivre la discussion. Vous avez tous eu l'occasion de l'examiner. Cela fait déjà quelques semaines. Je sais que Santé Canada, le gouvernement... J'ai eu un entretien avec M. Powlowski, et c'est également un point que nous aimerions adopter aujourd'hui.

Je vous demande de bien vouloir approuver l'adoption de cette motion.

(La motion adoptée. [Voir le Procès-verbal])

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci beaucoup.

Sur ce, nous souhaitons la bienvenue à nos témoins d'aujourd'hui.

Pour notre premier groupe, nous accueillons, du ministère de la Santé, Mme Sarah Lawley, sous-ministre adjointe, Direction générale des politiques de santé. Du ministère de la Justice, nous accueillons Kimberly Gibner, sous-ministre adjointe déléguée, Secteur des politiques, ainsi que Julia Nicol, avocate, Section de la politique en matière de droit pénal, un visage familier.

Chacune d'entre vous disposera de cinq minutes pour s'exprimer, après quoi les députés et les sénateurs poseront leurs questions.

Je vais tout d'abord donner la parole à Mme Sarah Lawley pour qu'elle lise sa déclaration.

[Français]

Sarah Lawley (sous-ministre adjointe, Direction générale des politiques de santé, ministère de la Santé): Merci de m'avoir donné l'occasion de témoigner devant vous aujourd'hui pour aborder cette question complexe, qui est en évolution.

J'aborderai brièvement le contexte, l'état de préparation des provinces et des territoires ainsi que les mesures de soutien fédérales actuellement en place.

L'aide médicale à mourir porte sur des expériences profondément personnelles de souffrance, de dignité et de choix. Les gens ont des points de vue différents, qui sont souvent fermement défendus. L'objectif du gouvernement du Canada est d'avoir un cadre fédéral qui répond aux besoins des Canadiens, protège ceux qui pourraient être vulnérables et respecte l'autonomie personnelle.

[Traduction]

Tout d'abord, nous saluons le travail de ce comité sur la question de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir, l'AMM, des personnes dont le seul problème de santé grave et irrémédiable est une maladie mentale.

Cette question fait l'objet d'examen depuis plusieurs années...

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je suis désolée. L'interprétation en anglais du français est maintenant en français.

Pourrions-nous corriger cela, s'il vous plaît? Merci.

Veuillez continuer.

Sarah Lawley: Cette question fait l'objet d'examen depuis plusieurs années, notamment par le Conseil des académies canadiennes en 2018, le Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale en 2022, ainsi que les itérations précédentes de ce comité en 2022, 2023 et 2024.

En 2024, le Comité a mis l'accent sur l'état de préparation des systèmes de santé provinciaux et territoriaux et a conclu que les systèmes de santé n'étaient pas prêts à élargir l'admissibilité à ce moment-là. Les experts ont aussi identifié quelques questions cliniques relatives à l'état de préparation à la levée de l'exclusion à l'admissibilité des personnes dont le seul problème de santé grave et irrémédiable est une maladie mentale: déterminer l'irrémédiabilité du problème de santé, distinguer les tendances suicidaires d'une demande d'AMM qui est bien réfléchie, et évaluer la capacité de prise de décision. Le Parlement continue d'étudier cette question par le biais de processus législatifs en cours, y compris le projet de loi d'initiative parlementaire C-218.

Deuxièmement, j'aborderai la question de l'état de préparation des systèmes de santé provinciaux et territoriaux.

Comme vous le savez, l'AMM est fournie par les systèmes de santé provinciaux et territoriaux dans un cadre juridique fédéral énoncé dans le Code criminel. Les provinces et territoires organisent et fournissent les soins de santé. Ils doivent veiller à ce que les praticiens disposent des outils, des soutiens et des mécanismes de gouvernance nécessaires pour administrer l'AMM de manière appropriée et sécuritaire.

Les provinces et territoires examinent déjà des demandes d'AMM dans le cadre de la voie 2 où une maladie mentale est une comorbidité. Ces cas nécessitent des mesures de sauvegarde rigoureuses, et les praticiens indiquent que ces évaluations peuvent être complexes et longues. Le processus de la voie 2 prévoit un délai minimum de 90 jours. Toutefois, les évaluations impliquant une maladie mentale prennent souvent beaucoup plus de temps.

Les cas de la voie 2 ne représentent qu'une faible proportion de l'ensemble des cas d'AMM. En 2024, 4,4 % des cas d'AMM concernaient des bénéficiaires dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible, soit un total de 732 personnes. Parmi eux, 13 présentaient une maladie mentale en tant que comorbidité, en plus de leur problème de santé sous-jacent. Il convient toutefois de noter 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 prudence.

L'expérience internationale montre que certaines personnes dont la maladie mentale est le seul problème de santé pourraient être intéressées par l'AMM. Toutefois, les experts s'attendent à ce que le nombre des cas acceptés soit faible si l'exclusion est levée.

Depuis que l'exclusion temporaire a été prolongée en 2024, les provinces et territoires continuent de se préparer, même si le niveau de préparation varie à travers le pays. Dans de nombreux endroits, les services de santé mentale et les soins de fin de vie relèvent de différents volets du système de santé, ce qui nécessite une nouvelle coordination et une nouvelle gouvernance.

Le gouvernement fédéral utilise son rôle de concertation pour rassembler les responsables fédéraux, provinciaux et territoriaux chargés de l'AMM et de la santé mentale. Le Comité fpt des SMA sur l'AMM favorise et encourage les échanges de haut niveau et le partage des meilleures pratiques, notamment en ce qui concerne l'état de préparation pour la considération des cas où la maladie mentale est le seul problème de santé invoqué.

Les provinces et territoires adoptent des approches différentes. Par exemple, le Québec a adopté une loi qui interdit l'AMM lorsque la maladie mentale, en tant que seul problème médical invoqué, constitue le critère d'admissibilité. L'Alberta a récemment présenté un projet de loi qui limiterait l'admissibilité à l'AMM aux personnes dont le décès est raisonnablement prévisible, plus précisément dans un délai d'un an. D'autres provinces et territoires mettent en place 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 temporaire.

On peut dire sans se tromper que, parmi les provinces et territoires, la capacité du système de santé mentale demeure une préoccupation centrale. Cela concerne notamment l'accès aux psychiatres pour des consultations, ainsi qu'un accès plus large aux services et traitements de santé mentale.

• (1840)

J'ai consacré une grande partie de ma déclaration à ce que nous avons fait pour aider les provinces et les territoires à se préparer à offrir ces soins, notamment le programme de formation sur l'AMM et les directives cliniques de l'Association des psychiatres du Canada, qui ont été mises en circulation récemment.

[Français]

Pour conclure, je tiens à souligner l'importance du travail du Comité.

Le gouvernement reconnaît qu'il s'agit d'un domaine sensible et en évolution, et il accueille favorablement l'étude et les recommandations du Comité.

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci beaucoup.

Nous allons maintenant donner la parole à Mme Gibner. Vous disposez de cinq minutes.

Kimberly Gibner (sous-ministre adjointe déléguée, Secteur des politiques, ministère de la Justice): Merci.

[Français]

Honorables coprésidents et chers membres du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de témoigner devant vous aujourd'hui, alors que vous poursuivez votre important examen du cadre canadien d'aide médicale à mourir, en mettant l'accent sur son application dans les cas où la maladie mentale est le seul problème de santé sous-jacent.

Je voudrais commencer par passer en revue le développement du cadre canadien d'aide médicale à mourir dans le Code criminel, ce sur quoi ma collègue Julia Nicol et moi-même pouvons vous aider aujourd'hui.

Comme vous le savez, avant la légalisation, un médecin ou une infirmière praticienne qui fournissait l'aide médicale à mourir risquait d'être accusé de meurtre ou d'aide au suicide.

• (1845)

[Traduction]

Comme vous le savez, l'AMM a été légalisée pour la première fois en 2016, à la suite de la décision rendue dans l'affaire Carter par la Cour suprême du Canada, qui a jugé que l'interdiction absolue de l'AMM était inconstitutionnelle.

La légalisation de l'AMM s'est faite par la mise en place d'un cadre fédéral dans le Code criminel, qui définit les critères d'admissibilité et les mesures de sauvegarde procédurales. En établissant ce cadre, le Parlement a dû concilier un certain nombre d'intérêts et de valeurs sociétales contradictoires, notamment l'autonomie des personnes, la protection des personnes vulnérables contre toute incitation à mettre fin à leurs jours et la nécessité de traiter le suicide comme un enjeu de santé publique. L'AMM relève d'une compétence partagée, car si le cadre se trouve dans le Code criminel, ce sont les provinces et les territoires qui sont responsables de la prestation des soins de santé, y compris de la mise en œuvre de l'AMM.

Le cadre juridique de l'AMM prévu par le Code criminel s'articule autour de deux éléments clés. Le premier concerne les critères d'admissibilité permettant de déterminer qui peut bénéficier de l'AMM. Le second porte sur les mesures de sauvegarde procédurales visant à assurer que l'AMM est dispensée en toute sécurité. Le Code criminel prévoit des exemptions de responsabilité pénale pour les praticiens qui agissent conformément à ces exigences.

Bien que, dans l'arrêt Carter, l'admissibilité à l'AMM ait été initialement réservée aux adultes dont le décès était raisonnablement prévisible — ce que nous appelons la voie 1 —, elle a été étendue en 2021 aux personnes dont le décès naturel n'était pas raisonnablement prévisible, ce que nous appelons la voie 2. La maladie mentale a été explicitement exclue en 2021.

Des mesures de sauvegarde propres à la voie 2 ont été ajoutées au Code criminel afin de tenir compte de la complexité de ces cas. Par exemple, ces mesures prévoient une période d'évaluation d'au moins 90 jours. Il est obligatoire de consulter un expert spécialisé dans l'affection à l'origine des souffrances du patient, ou de compter cet expert parmi les évaluateurs de l'AMM. Les praticiens doivent proposer des consultations avec les professionnels concernés et s'assurer que la personne a sérieusement envisagé les moyens disponibles pour soulager ses souffrances.

Comme je l'ai indiqué, le développement des activités de l'AMM en 2021 excluait les personnes dont la seule affection sous-jacente était une maladie mentale, et cette exclusion a été prolongée à deux reprises afin de permettre au système de se préparer et d'appuyer des études complémentaires.

Comme vous l'a indiqué ma collègue de Santé Canada, de nombreuses mesures ont été prises pour permettre aux provinces et aux territoires, aux organismes de réglementation et au milieu médical de se préparer à évaluer de manière sûre et cohérente les demandes d'AMM lorsque la maladie mentale est la seule affection sous-jacente. En l'absence d'une nouvelle législation, la prestation de

l'AMM fondée uniquement sur une maladie mentale deviendra légale le 17 mars 2027, conformément aux critères d'admissibilité existants et aux mesures de sauvegarde prévues dans le cadre de la voie 2.

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 Charte.

[Français]

Je tiens à remercier le Comité de son étude minutieuse et réfléchie de ces questions. Votre travail est essentiel pour aider le gouvernement à naviguer dans ce contexte complexe, avec compassion et prudence. Nous avons hâte de recevoir votre rapport et vos recommandations.

[Traduction]

Merci beaucoup. Nous serons heureuses de répondre à toutes vos questions.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci beaucoup à vous deux pour votre témoignage.

Nous allons passer à notre premier tour de questions, et nous commencerons par M. Lawton.

Andrew Lawton (Elgin—St. Thomas—London-Sud, PCC): Merci, madame la présidente.

Merci, mesdames et messieurs les représentants, pour votre témoignage d'aujourd'hui.

Je voudrais commencer par vous, madame Lawley.

Nous avons entendu parler dans les médias et dans plusieurs rapports de personnes à qui l'accès à l'AMM a été refusé dans une province, mais qui l'ont obtenu dans une autre. Y a-t-il une raison juridique pour que cela se produise dans le cadre du système actuel?

Sarah Lawley: Je peux m'exprimer sur les aspects liés au système de santé. Pour les questions juridiques, je vous renvoie à mes collègues du ministère de la Justice.

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 pour l'AMM, mais elle ne peut pas les assouplir; ainsi, chaque administration adopte une approche légèrement différente quant à la manière dont elle offre l'AMM et dont son processus d'évaluation fonctionne.

En ce qui concerne la question que vous avez posée en particulier, à savoir si une personne peut se voir refuser l'AMM dans une administration puis se rendre dans une autre, cela dépendrait entièrement de la situation et du fait que cette personne soit résidente de cette administration depuis assez longtemps pour pouvoir bénéficier de son système de soins de santé et d'une évaluation en vue de l'AMM. Les évaluations ne sont pas partagées entre les administrations. Les praticiens ne sont pas tenus d'intervenir au-delà de leur administration.

• (1850)

Andrew Lawton: Si un patient n'est pas admissible en Ontario, il ne devrait pas l'être non plus en Colombie-Britannique.

Sarah Lawley: Pour ce qui est de la prestation de l'évaluation, la plupart des évaluateurs ne peuvent simplement répondre par oui ou par non. Ils examinent toute l'information qui se trouve devant eux. J'admets qu'il y aura une certaine variabilité dans ce que les évaluateurs trouveront, compte tenu de la façon dont ils ont fait leur évaluation. Je ne peux donc pas honnêtement dire s'il y a une approche homogène et une façon de répondre simplement oui ou un non à l'échelle du pays.

Andrew Lawton: Il existe une norme en place et un seuil à partir duquel les gens seront admissibles ou non à l'aide médicale à mourir. Je suis bien conscient que n'importe quel médecin ou évaluateur doit faire preuve de jugement.

C'est la question que je me pose. Supposons que tous les évaluateurs consultent le dossier de santé des patients et leurs interactions avec eux de la même façon. Pour ce qui est de la façon dont le système est censé fonctionner du point de vue de la conception, devrait-il y avoir une différence au chapitre de l'admissibilité entre les provinces?

Sarah Lawley: Non. L'admissibilité est certainement conforme aux normes de pratique et aux lignes directrices qui sont élaborées pour appuyer les évaluateurs de l'aide médicale à mourir et à ce qui est écrit dans le Code criminel.

Andrew Lawton: Merci.

Il y a récemment eu un cas qui a été largement médiatisé. Kiano Vafaian, âgé de 26 ans, a été jugé inadmissible en Ontario et admissible en Colombie-Britannique. Il souffrait depuis longtemps d'une maladie mentale. On prétend qu'il s'inscrit dans le modèle de la voie 2 avec une comorbidité physique.

Que pouvons-nous faire pour éviter le magasinage de médecins et les demandes d'une administration à une autre dans le système, si nous allons de l'avant avec cette expansion en tant que pays et incluons la maladie mentale comme seul critère sous-jacent?

Sarah Lawley: Je peux assurer au Comité que les administrations prennent très au sérieux toute tentative de magasinage ou la possibilité de se déplacer d'un bout à l'autre du pays jusqu'à ce que vous trouviez quelqu'un pour vous donner la réponse que vous cherchez.

Parce que nous vivons dans un pays où les gens peuvent changer de province ou de territoire et demander l'aide médicale à mourir par l'entremise de différentes administrations, selon le temps qu'ils ont passé dans une administration et leur capacité d'accéder au système de soins de santé, ce que nous pouvons faire, c'est veiller à l'uniformité des normes de pratique. C'est le travail que nous faisons auprès des administrations.

Andrew Lawton: Merci. Comme il ne me reste qu'une minute, j'espère...

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Oui, il reste une minute.

Andrew Lawton: Merci.

Les évaluateurs doivent-ils tenir compte du nombre de fois qu'une personne s'est vu refuser l'aide médicale à mourir par des évaluateurs précédents?

Sarah Lawley: Je ne sais pas si je suis tout à fait qualifiée pour répondre à cette question, parce que je ne fais pas moi-même d'évaluation de l'aide médicale à mourir. Ce que je peux dire...

Andrew Lawton: Vous représentez toutefois Santé Canada. Si une demande a été refusée 20 fois, j'ai l'impression que ce sont des renseignements pertinents qui devraient éclairer le point de vue du 21^e évaluateur.

Sarah Lawley: Oui.

Andrew Lawton: Vous n'êtes pas au courant d'une exigence dont il faudrait tenir compte, ou même dont les évaluateurs devraient être au courant.

Sarah Lawley: Honnêtement, je ne sais pas si cela figure dans la liste de vérification des évaluateurs de l'aide médicale à mourir, l'AMM.

Andrew Lawton: Serait-il pertinent pour un évaluateur de comprendre si une demande a été refusée dans une autre administration?

Sarah Lawley: Oui. Je pense qu'il y a une logique rationnelle à cette considération, mais je crois aussi qu'il est important de tenir compte du fait que beaucoup de temps peut s'écouler entre ces évaluations et que l'état de santé des gens peut changer.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci beaucoup.

La parole est maintenant à Mme Jaczek.

L'hon. Helena Jaczek (Markham—Stouffville, Lib.): Je remercie les deux témoins de leurs déclarations.

J'aimerais poursuivre sur le thème de ce qui semble émerger comme une mosaïque de services à l'échelle du pays relativement à l'aide médicale à mourir. Il y a la Loi canadienne sur la santé, qui enchâsse certains principes. Le premier est l'intégralité, qui exige que tous les services médicalement nécessaires soient fournis dans toutes les administrations. Il y a aussi la question de la transférabilité, qui porte sur les déplacements d'une province à l'autre. Après un certain temps passé dans une autre province, vous êtes réputé être en mesure de demander des services dans cette province.

Comment réagissez-vous, au ministère de la Santé, à ce qui est en train d'évoluer comme une mosaïque de services? Je ne comprends toujours pas. Pour vous donner un exemple précis, le projet de loi 18 de l'Alberta semble proposer d'éliminer la voie 2, qui a été approuvée dans le cadre du projet de loi C-7, en 2021, comme vous l'avez dit.

Madame Lawley, pouvez-vous essayer de m'expliquer comment la Loi canadienne sur la santé est protégée dans tout le pays.

• (1855)

Sarah Lawley: C'est une très bonne question. Il y a deux éléments dont j'aimerais parler.

Tout d'abord, en ce qui concerne le Code criminel, les provinces et les territoires, comme je l'ai dit, pourraient ajouter des exigences pour rendre plus stricte la disposition relative à l'aide médicale à mourir. Ce qu'ils ne peuvent pas faire, c'est autoriser ce que le Code criminel interdit. Ils ont le droit légal de restreindre les demandes sur leur territoire.

Deuxièmement, en ce qui concerne la Loi canadienne sur la santé — c'est aussi une très bonne question —, les principes qui y sont enchâssés sont intentionnellement larges et reconnaissent que les provinces et les territoires ont compétence en matière de soins de santé. Cela signifie que la Loi n'exige pas des provinces et des territoires qu'ils assurent tous les services selon les mêmes modalités. Oui, l'aide médicale à mourir est un service assuré qui doit être offert partout au pays, mais les administrations ont le droit de déterminer les modalités de sa prestation.

Puisque vous avez parlé d'une mosaïque de services, la prestation de l'aide médicale à mourir varie effectivement d'une région à l'autre du pays, et c'est permis par Code criminel et la Loi canadienne sur la santé.

L'hon. Helena Jaczek: Madame Gibner, pourriez-vous m'expliquer un peu plus le projet de loi 18 de l'Alberta? Ce que je comprends, c'est qu'il vise à éliminer la voie 2 en Alberta. Est-ce conforme aux décisions antérieures?

Kimberly Gibner: Je ne peux pas vous donner d'avis juridiques, bien sûr, mais j'aimerais souligner que le Code criminel prévoit certaines exemptions relatives à des infractions précises, de sorte que si les praticiens suivent le cadre établi, il y a une exemption à la responsabilité criminelle. Le Code criminel ne prévoit pas de droit à l'aide médicale à mourir. Il ne fait que décriminaliser certaines infractions si certaines règles sont respectées. C'est la distinction que j'ajouterais, et je réitère ce qu'a dit ma collègue au sujet de notre fédération et de la capacité des provinces de légiférer dans ce domaine en ce qui concerne les soins de santé.

Comme l'a dit mon amie, les provinces ne pourraient certainement pas faire plus que ce que prévoit le Code criminel. Elles ne peuvent pas autoriser quelque chose que le Code criminel interdit, mais elles peuvent certainement encadrer la prestation des soins de santé.

L'hon. Helena Jaczek: Madame Lawley, vous vouliez nous en dire un peu plus sur la préparation. Je représente une circonscription de l'Ontario. Pourriez-vous me dire où en est l'Ontario sur le plan de la préparation?

Sarah Lawley: J'aimerais parler de façon plus générale de la préparation générale de nos provinces et territoires, plutôt que de déterminer ce qu'une province prévoit ou non, parce que j'ai l'impression d'avoir un niveau général de connaissances à ce sujet, et non pas une connaissance approfondie de la façon dont l'Ontario se prépare.

L'Ontario participe activement aux travaux de nos comités. Il s'agit de partager l'information et d'apprendre des autres administrations sur la façon dont elles se préparent. Certaines provinces, comme le Québec et l'Alberta, ont dit qu'elles ne permettraient pas que la maladie mentale soit une condition sous-jacente unique. Il y en a d'autres qui se préparent et qui sont tout à fait prêts. Je dirais que la grande majorité d'entre eux sont en train de se préparer pour le mois de mars. L'Ontario tomberait dans cette grande catégorie, avec 80 % de ses collègues.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à M. Thériault, pour cinq minutes.

[Français]

Luc Thériault (Montcalm, BQ): Merci, madame la présidente.

Bonsoir, mesdames.

Je voudrais vous ramener là où le Comité en était lorsqu'il a conclu ses travaux. J'aimerais savoir où vous vous situez par rapport à la recommandation que nous avons faite. La recommandation du Comité est ainsi rédigée:

CONSIDÉRANT que le Comité constate que le système de santé au Canada n'est pas prêt pour l'aide médicale à mourir lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué (ci-après « AMM TM-SPMI »), il recommande:

Que l'AMM TM-SPMI ne soit pas disponible au Canada tant que le ministre de la Santé et le ministre de la Justice ne seront pas d'accord, sur la base des recommandations de leurs ministères respectifs et en consultation avec [leurs] homologues provinciaux et territoriaux et avec les peuples autochtones, qu'elle peut être administrée de manière sécuritaire et adéquate [...].

Depuis la publication de notre recommandation, où en êtes-vous dans votre réflexion?

Selon les informations dont vous disposez, considérez-vous que vous pourriez recommander à vos ministres respectifs d'aller de l'avant?

Je m'adresse aux représentantes des deux ministères.

Madame Gibner ou madame Nicol, vous pouvez commencer à répondre à ces questions.

• (1900)

Kimberly Gibner: Merci de la question.

Je vais répondre en anglais pour être certaine d'être claire.

[Traduction]

Je vais répéter ce que j'ai dit plus tôt et dire que j'essaierai d'aider le Comité ce soir, mais je ne peux certainement pas fournir d'avis juridiques ou divulguer quelque sorte de secret professionnel entre l'avocat et son client pour ce qui est des recommandations qu'il présente.

Ce que je peux dire, c'est que le gouvernement du Canada, ou le Parlement, a été cohérent dans les projets de loi C-7, C-39 et C-62, dans les énoncés concernant la Charte, que... Je viens de perdre le fil de ma pensée. Je vous prie de m'excuser.

Le gouvernement a une vaste portée pour légiférer dans ce domaine, et qu'il interdise l'aide médicale à mourir ou qu'il encadre sa prestation, il le fait conformément à la Charte. L'une ou l'autre option choisie peut être conforme à la Charte.

Comme vous le savez, le gouvernement travaille toujours au projet de loi C-218 et attend vos recommandations...

[Français]

Luc Thériault: Je comprends vos réserves.

Est-ce la même réponse pour le ministère de la Santé, madame Lawley?

Avez-vous les mêmes réserves? Êtes-vous en mesure de répondre à la question?

Sarah Lawley: Je peux fournir un peu plus de précisions sur la préparation et l'étape de la préparation dans notre pays.

Luc Thériault: En d'autres termes, y a-t-il eu des progrès?

Sarah Lawley: Oui, il y en a eu.

Luc Thériault: Considérez-vous que cet avancement pourrait nous permettre d'aller de l'avant sans problème?

Sarah Lawley: Oui, nous avons progressé depuis les deux dernières années. Nous ne sommes pas encore prêts, mais la plupart des provinces et des territoires, sauf l'Alberta et le Québec, sont en train de se préparer à la levée de l'exclusion.

Permettez-moi d'ajouter quelques mots en ce qui concerne le système de santé.

Depuis les dernières recommandations du Comité, nous avons fait des progrès en ce qui concerne le guide destiné aux psychologues. Ainsi, plus de médecins ont accès à de la formation.

Je vais maintenant poursuivre en anglais.

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Il reste environ 10 secondes, si vous voulez bien fournir une réponse très brève.

Sarah Lawley: Des progrès ont été réalisés en ce qui concerne les normes de pratique, les lignes directrices pour nos psychiatres et la formation accrue offerte à nos psychiatres afin qu'ils comprennent mieux le rôle qu'ils joueraient dans l'aide aux évaluateurs de l'AMM.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer aux questions des sénatrices et des sénateurs.

[Français]

Le coprésident (Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.)): Merci, madame la présidente.

C'est maintenant à mon tour d'agir à titre de président.

Sénateur Dalphond, vous avez la parole pour trois minutes.

L'hon. Pierre Dalphond (sénateur, Québec (De Lorimier), GPS): Merci, monsieur le président.

[Traduction]

Je vais peut-être poursuivre dans la même veine que M. Thériault, car j'aimerais en savoir plus sur l'état de préparation. C'était l'une des principales raisons, la dernière fois...

Je comprends que l'Alberta et le Québec ne participent pas à ces rencontres, mais ils ne se préparent pas à être prêts l'an prochain parce que ces provinces n'offriront pas ce service. Les autres provinces et territoires travaillent et s'attendent à être en mesure d'offrir ce « service de santé » si l'exemption arrivait à échéance l'an prochain.

Sarah Lawley: Oui.

L'hon. Pierre Dalphond: Quand vous dites que vous êtes en train d'élaborer les normes qui sont requises et qu'on est en train de donner la formation, quelle était la troisième partie à laquelle vous faisiez référence?

● (1905)

Sarah Lawley: Si vous me permettez de répondre, nous avons la norme de pratique modèle pour l'AMM, dont le Comité a discuté en 2024, mais qui plus est, le programme d'études sur l'AMM que l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM, l'ACEPA, offre... en vertu du financement fédéral.

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

En ce qui concerne les lignes directrices de l'Association des psychiatres du Canada, dont le Comité a discuté et qui ont été rendues publiques à la fin de mars, nous avons eu une très bonne discussion avec les provinces et les territoires juste la semaine dernière au sujet de l'application de ces lignes directrices et de la façon dont elles aideront nos psychiatres à comprendre et à évaluer l'irréversibilité et le risque de suicide. Il y a un nouvel outil dans la boîte à outils qui n'existait pas la dernière fois que ce comité s'est réuni.

L'hon. Pierre Dalphond: Ma question suivante s'adresse peut-être aux représentantes du ministère de la Justice. D'après les énoncés concernant la Charte qui ont été publiés auparavant, je crois comprendre que nous invoquerons l'article 15 si nous prolongeons l'exclusion, mais que ce sera l'article 1 qui servira à déterminer s'il est « raisonnable » de reporter l'expansion en raison de l'état de préparation. Ai-je bien compris?

Kimberly Gibner: Je pense que la position du gouvernement est, comme je l'ai dit, 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 15. Bien sûr, ces deux articles seront examinés, tout comme l'article 1.

Je pense que nous avons été assez constants au fil des ans. D'un point de vue juridique, rien n'a changé. La clé de tout litige sera d'établir les preuves sur lesquelles vous fondez, peu importe ce que le législateur décidera de faire.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, sénateur Dalphond.

Sénatrice Martin, vous avez la parole pour trois minutes.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci.

Ma question s'adresse à Mme Lawley.

Ce matin, j'ai reçu à mon bureau un intervenant qui vit avec une incapacité physique. Il était très préoccupé par le nombre de fois où certains de ses amis et connaissances, qui vivent avec un handicap, se sont vu offrir l'AMM. Il a perdu de nombreux amis.

Pour ce qui est de ma première question, j'espère que vous me répondrez brièvement par oui ou non et pourquoi. Le Comité des droits des personnes handicapées de l'ONU a demandé au Canada de suspendre l'élargissement à la maladie mentale en 2027. Le gouvernement a déposé le rapport en retard, n'a fait aucune déclaration publique et, 10 mois plus tard, a déclaré à un journaliste qu'il était toujours en train d'examiner les recommandations. Pouvez-vous dire au Comité, aujourd'hui, si le gouvernement a répondu officiellement à la recommandation de l'ONU de suspendre cet élargissement en arrêt et, dans la négative, pourquoi?

Sarah Lawley: Le gouvernement n'a pas répondu au Comité des droits des personnes handicapées de l'ONU, principalement parce que le parcours de chaque personne en fin de vie est différent. La voie 2 est permise au Canada en vertu du Code criminel. Il y a des mesures de protection dans nos administrations qui visent à appuyer cela. Le groupe d'experts sur l'AMM s'est demandé si des mesures législatives supplémentaires devraient être mises en place pour la voie 2. Il a dit qu'il fallait davantage de directives pour les cliniciens, mais que des mesures de protection étaient en place.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Les mesures de sauvegarde ne semblent pas suffisantes. Des gens passent entre les mailles du filet. C'est une situation très dangereuse pour eux.

Ma deuxième question concerne votre rapport de décembre 2025 concernant la collaboration des communautés autochtones. Je crois comprendre qu'aucune organisation partenaire autochtone n'a confirmé être prête pour cet élargissement. Pourriez-vous nous parler de l'état de préparation des communautés autochtones?

• (1910)

Sarah Lawley: Je ne sais pas si je peux parler de l'état de préparation des communautés autochtones, mais je peux parler de leur engagement très actif avec nous au cours des 18 mois pendant lesquels nous avons mené nos consultations avec les communautés autochtones. Un rapport très solide sur notre site Web, que nous avons publié l'an dernier, montre qu'un bon nombre de partenaires autochtones partout au pays nous ont fait part de leurs points de vue sur les soins de fin de vie et le rôle de l'aide médicale à mourir dans ce contexte...

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Ce rapport ne concluait-il pas qu'il fallait tenir d'autres consultations avant que l'exclusion ne prenne fin en mars 2027? N'était-ce pas l'une des conclusions?

Sarah Lawley: De toute évidence, nous continuons de collaborer avec nos partenaires autochtones dans le cadre de notre travail stratégique global et de formuler des recommandations à l'intention de la ministre de la Santé et de la ministre de la Justice. Pour la gouverne du Comité, il n'y a pas de position normalisée à l'échelle du pays de la part de nos partenaires autochtones, tout comme il n'y a pas de position normalisée à l'échelle du pays de la part des praticiens ou des gens qui vivent dans les provinces et territoires. C'est une question très complexe et personnelle.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, sénatrice.

Sénatrice Moodie, vous avez trois minutes.

L'hon. Rosemary Moodie (sénatrice, Ontario, GSI): Merci beaucoup, monsieur le président.

J'aimerais adresser ma question à Mme Lawley. Elle s'agit de comprendre l'évaluation de l'état de préparation qui a été faite par le passé.

L'exclusion de la TM-SCMI a été prolongée deux fois, et la justification donnée était un manque de préparation. À votre connaissance, quels indicateurs de préparation ont été utilisés pour rendre cette décision? Quelle méthode a été utilisée pour déterminer si les indicateurs étaient remplis ou non?

Sarah Lawley: Je ne veux pas paraphraser le travail des comités précédents, mais je crois que les recommandations étaient fondées sur l'absence de normes de pratique, l'absence de lignes directrices, le manque de formation adéquate, les préoccupations concernant la surveillance et la disponibilité des professionnels de la santé mentale. C'est ce qui a vraiment motivé les recommandations du dernier comité AMAD.

L'hon. Rosemary Moodie: Pour ce qui est de définir la portée de ces diverses faiblesses ou lacunes, ou les exigences, leur a-t-on attribué des indicateurs de mesure d'une façon ou d'une autre afin que, cette fois-ci, nous puissions évaluer les progrès réalisés?

Sarah Lawley: Il n'y avait pas d'indicateurs de mesure en tant que tels. On s'entendait simplement pour dire que notre pays n'avait

pas encore l'impression d'avoir atteint la barre. Nous examinons maintenant si la barre a changé. Je n'ai pas de point de référence ou d'objectif à atteindre.

L'hon. Rosemary Moodie: Au Canada, l'Association of Chairs of Psychiatry a formulé, en préparation pour mars 2023, un certain nombre de recommandations qui devaient être mises en oeuvre avant que nous puissions aller de l'avant. Elles consistaient notamment à « Élaborer une entente d'experts sur une définition opérationnelle de l'irrémediabilité pour différents troubles de santé mentale », « Élaborer des lignes directrices et des procédures [...] différenciant le suicide et l'accès à la TM-SCMI », « Élaborer des outils d'éducation normalisés pour la formation de psychiatres et d'autres professionnels de la santé », et à avoir des processus robustes pour les données.

Diriez-vous que nous avons atteint ces objectifs?

Sarah Lawley: Je dirais qu'il y a de bonnes preuves des progrès récents à cet égard.

J'aimerais attirer votre attention sur les lignes directrices de l'Association des psychiatres du Canada, qui fournissent aux praticiens des outils pour les aider à évaluer l'irrémediabilité d'un état, surtout pour qu'ils comprennent qu'il ne s'agit pas d'un simple oui ou non. Le jugement du praticien doit se fonder sur de multiples éléments de preuve, notamment le fait que la personne ait reçu ou non un diagnostic psychiatrique; la durée, la gravité et la persistance des souffrances liées à ce diagnostic; ses antécédents thérapeutiques; le fait qu'elle se trouve ou non dans un état de déclin avancé et irréversible; et ses conditions sociales, qui ne doivent pas être confondues avec l'irrémediabilité médicale. Cela donne aux praticiens une meilleure orientation du point de vue de la pratique clinique pour guider leur travail et les conseils à l'intention d'un évaluateur de l'AMM.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci. Votre temps est écoulé.

Sénatrice Wallin, vous avez la parole pour trois minutes.

L'hon. Pamela Wallin (sénatrice, Saskatchewan, CSG): Merci beaucoup.

J'ai une brève question pour Mme Lawley et Mme Gibner, qui découle de la discussion sur le magasinage dans les différentes administrations, si je peux m'exprimer ainsi.

À votre connaissance, a-t-on déjà approuvé l'AMM, au Canada, pour une personne dont le seul problème de santé sous-jacent était une maladie mentale, sachant que ce n'est pas encore permis aujourd'hui? Avez-vous des preuves de cela?

• (1915)

Sarah Lawley: À ma connaissance, non.

Kimberly Gibner: Je dirais la même chose. Je n'ai pas connaissance d'un tel cas.

L'hon. Pamela Wallin: Merci. Nous n'avons aucune information à cet égard.

Pour ce qui est de l'état de préparation, une des choses dont nous avons entendu parler dans les témoignages à la dernière séance du Comité, c'était la pénurie de praticiens et d'évaluateurs.

Madame Lawley, vous avez dit qu'à votre avis, cela a été corrigé, s'il y a maintenant trois fois plus de praticiens qui suivent une formation et qui expriment leur volonté de participer.

Sarah Lawley: Il est important que le Comité reconnaisse que, même si le nombre de praticiens participant au programme de formation en ligne sur l'AMM et aux activités de mobilisation a triplé, j'entends encore très régulièrement mes homologues de partout au pays dire que la capacité en matière de santé mentale est une source de préoccupation, surtout si l'on tient compte de la directive de l'Association des psychiatres du Canada selon laquelle il doit y avoir un diagnostic et un traitement.

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 non. C'est un point sur lequel nous avons encore des conversations actives.

L'hon. Pamela Wallin: Croyez-vous que d'ici 2027, cette situation va s'améliorer?

Sarah Lawley: Les statistiques montrent que nous n'augmentons pas le nombre de psychiatres dans notre pays — si je regarde les données de l'ICIS —, et il reste inférieur au nombre de praticiens en santé familiale que nous fournissons. Ce n'est pas une augmentation importante; elle est d'environ 7 %.

L'hon. Pamela Wallin: Madame Gibner, comme nous en avons discuté, les provinces peuvent rendre l'accès plus restrictif, mais elles ne peuvent pas légaliser quelque chose qui est illégal. Du point de vue de la justice — du point de vue de la Constitution, de la loi et du Code criminel —, croyez-vous qu'il y a suffisamment de mesures de protection en place pour que l'AMM devienne possible pour les personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est la maladie mentale?

Kimberly Gibner: Si vous êtes d'accord, ma collègue va répondre à cette question.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Il ne reste que cinq secondes, mais je vais vous en donner encore 15.

Julia Nicol (avocate, Section de la politique en matière de droit pénal, ministère de la Justice): Je ne pense pas que ce soit à nous de déterminer s'il y a suffisamment de garanties; c'est le rôle du Parlement. De toute évidence, vous pouvez voir, d'après d'autres témoignages, que les opinions divergent, certaines personnes croyant ardemment que nous en avons assez, comme le groupe d'experts et d'autres qui se penchent sur la question. Vous devrez évaluer les témoignages de divers experts. Malheureusement, nous ne sommes pas en mesure de donner des conseils à ce sujet.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, sénatrice.

Sénateur Wells, vous avez trois minutes.

L'hon. Kristopher Wells (sénateur, Alberta, GSP): Excellent.

Ma question s'adresse à Santé Canada.

Savez-vous que les lignes directrices cliniques de l'APC encouragent les cliniciens à examiner le dossier de santé d'une personne, qui comprend des évaluations antérieures? Cela est également clairement communiqué dans le programme de l'ACEPA et faisait partie des recommandations du groupe d'experts.

Sarah Lawley: Je sais que c'est dans les lignes directrices de l'Association des psychiatres du Canada, parce que je les ai lues moi-même l'autre soir. Même si je ne suis pas clinicienne, je peux vous dire qu'elles sont très faciles à comprendre. Elles essaient vrai-

ment de créer une approche holistique et un soutien pour les cliniciens.

L'hon. Kristopher Wells: Cette question a en quelque sorte été posée, mais j'aimerais en savoir un peu plus sur les indicateurs de mesure. Si nous n'en avons pas, comment pouvons-nous dire que nous n'avons pas assez de praticiens? Comment voyez-vous le lien entre ces indicateurs et les praticiens?

Sarah Lawley: Il y a ici un double problème en ce qui concerne la détermination des indicateurs de mesure, parce que nous ne connaissons pas non plus la demande.

Nous comprenons l'offre. Nous pouvons vous dire combien il y a de psychiatres au pays, où ils sont situés et quelles sont les disparités régionales. Ce que je ne peux pas vous dire, c'est quelle sera la demande si cette exclusion est levée. Par conséquent, la demande et l'offre seraient-elles suffisantes? C'est une inconnue dans cette formule que nous cherchons à résoudre.

L'hon. Kristopher Wells: Si c'était le cas, nous n'aurions pas besoin d'une exclusion légale. Il n'y aurait même pas assez de praticiens pour aller de l'avant.

Sarah Lawley: Il s'agit d'une conversation active que tiennent les administrations, surtout celles qui disposent de peu de ressources. Par exemple, le Nunavut n'a pas de psychiatres, mais il offre des services d'AMM dans son champ de compétence.

On discute actuellement de la façon dont un psychiatre d'une administration pourrait éventuellement fournir des conseils à un évaluateur de l'AMM d'une autre administration. Nous autorisons cela à l'échelle nationale; nous avons des codes de facturation intergouvernementale. La façon de mettre en place un système permettant aux évaluateurs de l'AMM de trouver ce soutien fait actuellement l'objet de discussions très animées au niveau provincial et territorial.

• (1920)

L'hon. Kristopher Wells: Je pense que le projet de loi proposé en Alberta interdirait aux évaluateurs de l'extérieur de la province de desservir les citoyens de la province.

Sarah Lawley: C'est en fait une question que j'ai posée à l'administration de l'Alberta l'autre jour. Sa loi dit que ses citoyens ne peuvent pas s'adresser aux évaluateurs de l'AMM dans d'autres administrations. Sa loi n'interdit pas à ses psychiatres de fournir des conseils à d'autres administrations, mais nous ne savons pas si c'était l'intention. Ils sont en train de suivre leur processus législatif, et c'est une question qui se pose dans cette province.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, sénateur Wells.

Je cède la parole à la sénatrice Martin.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci.

Nous allons passer au deuxième tour de questions, avec trois minutes pour chaque membre.

Nous commencerons par Mme Jansen.

Tamara Jansen (Cloverdale—Langley City, PCC): En ce qui concerne les commentaires de Mme Gibner et de Mme Lawley quant au fait qu'elles n'ont connaissance d'aucun cas réel, si vous lisez le rapport du comité d'examen des décès, il y a eu un monsieur A, qui souffrait et présentait un déclin fonctionnel. On lui a accordé l'AMM, son déclin n'étant attribué à aucune autre cause pathologique que le vaccin contre la COVID-19 qu'il avait reçu. Il y a des cas.

Cela me ramène à ma question au sujet de la non-conformité, et je m'adresse à vous, madame Lawley.

Si l'on voulait concevoir un système qui ferme simplement les yeux, je ne suis pas sûre qu'on pourrait faire beaucoup mieux que ce que nous voyons ici. Rien qu'en Ontario, le coroner a recensé 428 infractions possibles au Code criminel dans des affaires d'aide médicale à mourir sur une période de cinq ans. Il y en a eu 178 en une seule année. Parmi tous ces cas, qui impliquaient tous la fin d'une vie humaine, seulement quatre ont été renvoyés devant un organisme de réglementation et aucun n'a été signalé à la police.

Dans n'importe quel autre domaine du droit — les crimes financiers, les voies de fait et même les infractions administratives —, des centaines d'infractions potentielles au Code criminel déclencheraient des enquêtes, des manchettes et des conséquences, mais ici, où l'enjeu est littéralement la vie ou la mort, le système semble faire le contraire. Il l'absorbe, le redirige et l'éloigne des institutions mêmes conçues pour appliquer la loi.

Nous entendons ensuite quelque chose d'encore plus troublant. Lorsque nous avons posé des questions fondamentales et raisonnables à ce gouvernement pour savoir quelles provinces exercent une surveillance, qui examine les cas, et s'il y a des vérifications avant ou après la fin d'une vie, il nous a répondu essentiellement: « Nous ne le savons pas; c'est du ressort des provinces. »

Résumons la situation. Nous avons des centaines d'infractions potentielles sans intervention policière, sans suivi national et sans reddition de comptes claire. Maintenant, dans certains des cas les plus complexes, subjectifs et difficiles à diagnostiquer dans l'ensemble de la médecine — les cas de maladie mentale —, on nous dit que ce même système va, d'une manière ou d'une autre, se mettre soudainement à bien fonctionner.

Les Canadiens ne sont pas naïfs. Ils peuvent voir quand un système est conçu pour appliquer les règles et quand il est conçu pour éviter de poser trop de questions. À l'heure actuelle, cela ressemble à un système qui a été structuré, intentionnellement ou non, pour tenir le contrôle à distance et écarter toute mesure d'application de la loi et de protection.

Avant d'aller plus loin, nous devons être honnêtes au sujet de ce qui se passe déjà. Parlons du cas de Kiano. Il n'avait pas déménagé en Colombie-Britannique. Il a pris l'avion pour s'y rendre.

C'est la raison pour laquelle nous sommes ici, dans ce comité d'examen. Plus nous entendons de témoignages, plus il semble clair que nous ne sommes pas prêts, et que nous ne le serons probablement jamais, à étendre cela à ceux dont le seul problème de santé sous-jacent est la maladie mentale.

Pouvez-vous apporter des preuves démontrant que le gouvernement fédéral ou le ministère de la Santé s'occupe des centaines de cas de non-conformité?

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Il ne reste qu'une vingtaine de secondes, alors répondez par l'affirmative ou la négative, ou donnez un bref exemple.

Sarah Lawley: Je dirais, pour répondre aux préoccupations très légitimes du public concernant les mesures de protection et la surveillance, que vous avez raison. Il existe une mosaïque d'approches en matière de surveillance que le gouvernement fédéral ne dirige pas. C'est en réalité aux administrations de mettre en place leurs propres mécanismes de surveillance, qui sont tous légèrement différents.

Ce qu'il faut retenir au sujet de la surveillance, c'est que les possibilités qui s'offrent aux administrations pour améliorer continuellement leurs processus se concrétisent au niveau de notre groupe de travail FPT. Nous partageons ces informations entre nous et nous apprenons les uns des autres.

• (1925)

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme Tesser Derksen, pour trois minutes.

Kristina Tesser Derksen (Milton-Est—Halton Hills-Sud, Lib.): Merci beaucoup, madame la présidente.

Merci aux fonctionnaires qui sont ici aujourd'hui.

Je voudrais pousser la discussion sur les provinces un peu plus loin. C'est une discussion que nous avons déjà eue avec M. Lawton, Mme Jacek et la sénatrice Wallin.

Je voudrais aborder les préoccupations au sujet des disparités, d'une province à l'autre, sur le plan de l'accessibilité et de l'application, de la mosaïque dont on a parlé. Je voudrais examiner cela sous l'angle de la conformité à la Charte, si vous me le permettez. Il vaudrait peut-être mieux poser cette question au ministère de la Justice.

Je me demande s'il y a des risques juridiques de violations potentielles de la Charte en raison de ces incohérences ou si des incohérences pourraient survenir entre les provinces.

Kimberly Gibner: C'est une excellente question.

Je suis ici pour parler de l'espace fédéral en ce qui concerne le Code criminel, et ce que nous criminalisons en tant que société et en tant que gouvernement fédéral. En ce qui concerne les questions liées à l'AMM de façon plus générale, vous trouverez toutes sortes de considérations relatives à la Charte dans les trois énoncés concernant la Charte que nous avons fournis pour les articles 7 et 15. Vous pourriez certainement tenir compte de toutes ces considérations si vous vouliez faire valoir que les soins de santé ne sont pas fournis de façon uniforme partout au pays, mais cela s'arrête là.

J'espère que cela vous aide.

Kristina Tesser Derksen: Je pense en particulier au cas d'une personne ayant des problèmes de mobilité qui voudrait avoir accès à l'AMM, mais dont la province ne le permet pas. Comme elle a également le droit à la mobilité en vertu de la Charte, si elle voulait se rendre dans une autre province, mais ne pouvait pas le faire en raison d'un problème de santé ou d'autre chose, ne pourrions-nous pas nous retrouver devant une violation de la Charte faute d'avoir établi correctement les lignes directrices nationales pour les provinces?

Kimberly Gibner: Si cela peut vous aider, étant donné que le Comité a passé tant d'années à réfléchir à ces problèmes très complexes, vous pourriez peut-être examiner un autre contexte permettant de faire des analogies, comme n'importe quel autre type de problème de santé et la façon dont les provinces le traitent différemment. Je ne sais pas si cela aidera le Comité à y réfléchir, mais nous sommes dans une fédération et c'est donc un domaine très complexe du droit.

Kristina Tesser Derksen: Je vais enchaîner avec une autre question au sujet de quelque chose que vous avez dit, madame Lawley, à propos des modalités d'exécution qui relèvent de la compétence des provinces. Comment distingueriez-vous cela de l'accessibilité et de l'admissibilité que les provinces semblent utiliser différemment?

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Répondez très brièvement.

Sarah Lawley: Je pense que nous pourrions passer beaucoup de temps à parler de la LCS, mais je dirais ceci. Il y a un panier de services qui doivent être fournis — des soins médicalement nécessaires —, mais c'est aux administrations qu'il revient de décider comment les soins sont prodigués, à qui ils sont dispensés et qui y est admissible. Le dépistage du cancer en est un bon exemple. Votre capacité d'accéder au dépistage du cancer change selon la province ou le territoire où vous vous trouvez.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci beaucoup.

Monsieur Thériault, je m'excuse, mais vous avez deux minutes, pas trois.

[Français]

Luc Thériault: Merci.

Ma question s'adresse aux représentants du ministère de la Justice.

Nous avons reçu la professeure émérite Jocelyn Downie lors de notre dernière rencontre. Elle nous a dit qu'une interdiction générale visant les personnes dont le seul problème de santé sous-jacent était un trouble mental allait à l'encontre de l'arrêt Carter, parce que cela ne permettait pas de procéder à des évaluations individualisées. En ce sens, cette interdiction porterait atteinte à la Charte.

Êtes-vous d'accord là-dessus?

Julia Nicol: Je vous remercie de la question.

Comme ma collègue l'a mentionné, la position du gouvernement est que la Charte permet de prohiber l'aide médicale à mourir pour des questions de santé mentale. Elle peut la prohiber ou la permettre.

Compte tenu du fait que la législation actuelle n'était pas en place au moment de l'arrêt Carter, la question est de savoir si la législation respecte la Charte, en particulier.

Luc Thériault: De quelle législation parlez-vous?

Après l'arrêt Carter, il y a eu le projet de loi C-14 et le projet de loi C-7. On parle ici de la disposition d'exclusion prévue dans le projet de loi C-7.

• (1930)

Julia Nicol: La législation, présentement, ne permet pas l'aide médicale à mourir lorsqu'il s'agit de santé mentale. Il faut aussi considérer la date butoir du 17 mars 2027. Des arguments ont été avancés sur ces deux aspects.

Dans l'arrêt Carter, la Cour suprême a quand même dit que sa position était en lien avec les faits de la cause, où il n'y avait personne souffrant de problèmes de santé mentale. Cette question n'a pas été examinée par une cour au moyen d'une législation à jour.

Luc Thériault: Merci.

Cela veut-il dire qu'il serait bien avisé...

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je suis désolée, monsieur Thériault. Vos deux minutes sont écoulées.

Nous passons maintenant au deuxième tour de questions des sénateurs, qui ont droit à deux minutes chacun.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Sénateur Wells, vous avez la parole pour deux minutes.

L'hon. Kristopher Wells: En ce qui concerne Santé Canada, avez-vous des preuves qu'il existe une non-conformité généralisée, des abus ou des activités criminelles au sein du système d'AMM? N'est-il pas vrai que lorsque nous entendons un reportage dans les médias, nous n'avons pas accès à l'ensemble de l'information provenant du patient ou des cliniciens et que, par conséquent, nous n'entendons qu'une partie de l'histoire, qui peut être factuelle ou non?

J'ai une question pour le ministère de la Justice. À votre connaissance, est-il déjà arrivé que l'entrée en vigueur d'une loi soit retardée de six ans à la suite d'une contestation réussie fondée sur la Charte?

Julia Nicol: Comme je l'ai mentionné dans ma réponse à l'autre question, la contestation fondée sur la Charte visait des demandeurs souffrant de troubles physiques, alors je ne pense pas que nous puissions dire qu'il s'agit d'une décision claire d'un tribunal sur la question de la maladie mentale. Pour ce qui est de la nature temporaire des exclusions, je ne saurais pas vous dire, à brûle-pourpoint, s'il y a d'autres exemples où il y a eu ce genre de dispositions de caducité, mais il y en a plusieurs dans diverses lois.

L'hon. Kristopher Wells: Merci.

Quels sont les principes énoncés par la Cour suprême du Canada qui devraient être utilisés pour déterminer s'il faut suspendre une déclaration d'invalidité?

Julia Nicol: Je suis désolée. Pouvez-vous répéter la question?

L'hon. Kristopher Wells: Quels sont les principes — et vous pouvez nous en faire part par écrit au besoin — que la Cour suprême du Canada a énoncés et qui devraient être utilisés pour déterminer s'il y a lieu de suspendre une déclaration d'invalidité?

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Donnez une réponse brève.

Julia Nicol: Je ne suis pas une spécialiste de la Charte, et j'enverrais donc ma réponse par écrit.

L'hon. Kristopher Wells: Veuillez l'envoyer au greffier, s'il vous plaît.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Puisqu'il ne vous reste qu'environ huit secondes, je suppose que vous allez céder votre temps.

L'hon. Kristopher Wells: Je n'essaierai pas de les utiliser.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Sénateur Dalphond, vous avez la parole pour deux minutes.

L'hon. Pierre Dalphond: [Difficultés techniques] Je crois que la question de la Charte... Je crois comprendre que les articles 15 et 7 s'appliquent. C'est ce que vous avez dit dans le passé. Je suis tout à fait d'accord sur ce point. Cependant, il faudra se référer à l'article 1 pour déterminer si le renouvellement de la disposition de temporisation est une décision raisonnable compte tenu du contexte dans lequel la décision a été prise. Est-ce vraiment la question qui se posera?

Julia Nicol: Voulez-vous dire si nous prolongeons encore l'exclusion...?

L'hon. Pierre Dalphond: Oui.

Julia Nicol: Si nous la prolongeons, nous devons examiner les facteurs et les données probantes dont nous disposons, c'est-à-dire ce qui a été fait pour se préparer à évaluer la capacité décisionnelle, l'incurabilité et tout cela. Je pense que cela se résumera à ces aspects. Le Parlement a une assez bonne marge de manoeuvre pour décider, en fonction des risques et des complexités que cela comporte et des importants intérêts concurrents que sont l'autonomie, la protection des personnes vulnérables et la prévention du suicide, de la position qu'il souhaite adopter sur ces questions.

L'hon. Pierre Dalphond: Merci.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci beaucoup à nos témoins d'avoir répondu à toutes nos questions.

Nous allons suspendre la séance pendant quelques minutes pour nous préparer à accueillir le deuxième groupe de témoins.

Merci.

• (1934) _____ (Pause) _____

• (1935)

• (1940)

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Nous reprenons nos travaux.

Pendant que les membres du Comité prennent place, je souhaite la bienvenue à nos témoins pour le deuxième groupe.

Représentant l'Association des médecins psychiatres du Québec, nous accueillons par vidéoconférence la Dre Claire Gamache, psychiatre, et le Dr Guillaume Barbès-Morin, psychiatre. En personne, nous accueillons la Dre Ramona Coelho, médecin de famille, et la Dre Karin Neufeld, psychiatre et présidente du département de psychiatrie de l'Université McMaster.

Merci à tous d'être ici.

Nous entamons notre premier tour de questions. Vous avez cinq minutes chacun. Je suis désolée. Nous allons entendre les exposés. J'ai hâte d'en arriver aux questions.

Nous allons d'abord entendre nos témoins. Nous commencerons par la Dre Claire Gamache.

[Français]

Claire Gamache (psychiatre, Association des médecins psychiatres du Québec): Merci beaucoup.

Je m'appelle Claire Gamache. Je suis présidente de l'Association des médecins psychiatres du Québec, ou AMPQ, qui représente 25 % des psychiatres du Canada.

Nous avons participé à la discussion sur l'aide médicale à mourir quand le trouble mental est devenu le principal problème évoqué, soit depuis 2020. Notre principal objectif est de lutter contre la stigmatisation en utilisant notre expertise et notre expérience auprès des personnes les plus vulnérables.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, ou OMS, et notre expérience sur le terrain, les troubles mentaux graves demeurent méconnus, et leurs effets sur les gens qui en sont atteints sont mal connus du public. Nous parlons ici de patients que nous suivons pendant des décennies et qui ont tenté de multiples thérapies et traitements.

Dans la présentation que je vous ai fait parvenir aujourd'hui, vous pouvez voir une pyramide des troubles mentaux. Le pourcentage de 3 % qui représentent les troubles mentaux graves correspondent à 3 % de la population. Si on parle d'aide médicale à mourir pour les gens ayant des troubles mentaux, on parle d'un infime pourcentage de ces 3 % chez les patients. On parle de patients souffrant de schizophrénie, de troubles obsessionnels-compulsifs très sévères, de dépressions récurrentes et réfractaires. C'est un très petit nombre. En ce qui concerne les 20 % de troubles mentaux courants diagnostiquables chez des gens en détresse, il ne s'agit jamais d'envisager l'aide médicale à mourir pour quelqu'un qui est en crise, qui a perdu un emploi ou qui se présente à l'urgence. On n'est pas du tout dans ce registre, et il y a une certaine malhonnêteté à parler de ce genre de situation.

Dans le document, nous montrons les origines et les définitions des troubles mentaux graves. Selon les psychiatres du Québec, ceux-ci 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 différente.

Je vous présente un cas clinique afin d'illustrer ce que sont les troubles mentaux graves.

Une dame de 67 ans a un trouble obsessionnel-compulsif très sévère depuis l'adolescence. Elle a des doutes irrationnels, et elle a constamment peur de contaminer son mari, ses enfants et ses petits-enfants avec ses selles. Cette dame se lave 15 fois par jour depuis plusieurs années. Elle sera hospitalisée à répétition, elle recevra des électrochocs, elle prendra énormément de médicaments et elle suivra de la thérapie. Un jour, cette dame dit qu'elle ne veut plus voir ses petits-enfants, parce qu'elle a trop peur de les contaminer. Elle refuse de retourner à l'hôpital, et elle demande l'aide médicale à mourir.

Ce qui suscite beaucoup de débats, pour ce qui est du critère d'admissibilité à l'aide médicale à mourir pour les personnes souffrant de troubles mentaux, c'est l'aspect plutôt grave et irrémédiable. Pour les psychiatres du Québec, l'incertitude quant au pronostic n'est pas réservée aux troubles mentaux. L'AMPQ suggère trois éléments importants, soit la chronicité du trouble sur plusieurs années, les tentatives antérieures d'interventions très pertinentes et généralement reconnues, et le refus de traitement, de discussion et d'évaluation de ce qui se passe à ce moment-là. C'est pourquoi, pour nous, l'expertise psychiatrique appropriée doit évidemment être sollicitée.

Il y a également beaucoup de défis en ce qui concerne les crises suicidaires. Pour les psychiatres, la crise suicidaire fait partie de leur pratique quotidienne. L'évaluation du risque suicidaire fait partie du travail des équipes interdisciplinaires en santé mentale. Il existe toutes sortes de façon d'évaluer le risque suicidaire, dont la planification, les tentatives antérieures et la capacité à espérer un changement.

L'examen d'une demande d'aide médicale à mourir sera fait pour les personnes suivies de longue date, qui ont eu de multiples traitements et qui ne sont plus en crise ni dans une phase aiguë de leur maladie. Pour nous, il est très clair que, lorsque la maladie ou le trouble mental est déstabilisé, ce n'est pas le moment de discuter d'aide médicale à mourir. Une personne en période dépressive, en période de manie aiguë ou de psychose ne participera pas du tout à une conversation d'aide médicale à mourir.

En conclusion, l'AMPQ croit que les personnes qui ont un trouble mental ne peuvent pas être considérées comme des citoyens différents, sans le droit aux mêmes options en matière de soins de santé.

Les psychiatres connaissent, côtoient et soutiennent les personnes ayant des troubles mentaux graves pendant toute leur carrière. Ils ont les compétences, le jugement et la rigueur nécessaires pour traiter ces demandes.

À l'AMPQ, nous croyons qu'au lieu d'empêcher les gens souffrant de troubles mentaux graves d'exercer leur droit de demander l'aide médicale à mourir, la société canadienne doit encadrer ce droit. Les psychiatres sont prêts à soutenir les patients dans le processus.

• (1945)

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci, docteur Gamache.

[Traduction]

Nous allons maintenant entendre le témoignage de la Dre Ramona Coelho pendant cinq minutes.

Ramona Coelho (médecin de famille, à titre personnel): Merci.

Je suis médecin de famille, agrégée supérieure de recherche à l'Institut Macdonald-Laurier et professeure-chercheuse associée à l'Université Western Ontario. J'ai siégé au Comité d'examen des décès liés à l'AMM de l'Ontario et j'ai publié de nombreux articles à ce sujet. Toutefois, je m'exprime aujourd'hui à titre personnel.

Depuis 20 ans, je m'occupe de patients qui vivent avec des handicaps complexes, avec des troubles mentaux, des douleurs chroniques et qui sont socialement très vulnérables. Ce sont des personnes qui vivent dans la pauvreté ou qui sont marginalisées, comme des hommes sortis de prison et des réfugiés.

La souffrance est un phénomène que chaque personne ressent différemment. Elle est façonnée par la détresse psychologique, les traumatismes, la pauvreté, l'isolement et le manque de soutien. Pour soulager ces symptômes, il faut les évaluer minutieusement. La vie en communauté joue également un rôle important dans l'atténuation de la souffrance. Pourtant, au Canada, certaines personnes sont admises à l'aide médicale à mourir, l'AMM, alors qu'il suffirait de satisfaire ces besoins pour atténuer leur souffrance.

Dans le cadre de ma profession, j'ai observé et dénoncé des pratiques préoccupantes sur des manières de proposer et d'évaluer l'AMM. Certains patients sont orientés directement vers l'AMM en recevant le diagnostic d'un spécialiste. D'autres sont sollicités à plusieurs reprises à l'hôpital, alors qu'ils se trouvent dans une situation très vulnérable. À la suite d'une évaluation rapide, certains d'entre eux sont admis sans que l'on mène un examen approfondi de leur souffrance et des soutiens adaptés qu'ils pourraient obtenir. J'ai invité des patients à s'exprimer à ce sujet à la BBC.

Dans ses rapports, le Comité ontarien d'examen des décès liés à l'AMM a anonymisé les cas qu'il présente. Il s'agit toutefois de vrais patients, et je vous exhorte à en prendre connaissance dans leur intégralité. Ces cas concernent des personnes qui souffrent de troubles mentaux non traités, de tendances suicidaires, de dépendances, d'isolement et de besoins sociaux non satisfaits. Ils soulignent une admissibilité prématurée, des mesures de sécurité insuf-

fisantes et l'omission de soulager la souffrance avant de mettre fin à la vie.

En prétendant que tous les cas relayés par les médias sont irréels, on ignore la situation des personnes handicapées en dénigrant leurs témoignages. Nous ne traiterions jamais de cette façon des personnes qui souhaitent recourir à l'AMM. Nous ne pouvons cependant pas non plus nous bercer d'illusions en pensant que tous les fournisseurs de l'aide médicale à mourir jugent les cas sans se tromper.

Les dossiers examinés par le Comité d'examen des décès liés à l'AMM présentent les cas de patients réels. Le comité a constaté que les patients de la voie 2 souffraient d'une grande vulnérabilité sociale et de troubles mentaux non traités. Les statistiques indiquent que près de 30 % des personnes examinées vivaient dans la pauvreté. La majorité d'entre elles étaient des femmes. La plupart d'entre elles avaient désigné un avocat, un médecin ou un ami comme proche parent au lieu d'un membre de leur famille. Cela suggère un niveau élevé d'isolement social. Moins de la moitié de ces personnes bénéficiaient d'un soutien de santé mentale ou d'invalidité avant leur décès, et moins de 10 % d'entre elles bénéficiaient d'un soutien communautaire ou d'un revenu. Ce sont là les principaux besoins à satisfaire pour que mes patients puissent s'épanouir.

Bien que l'on présente l'aide médicale à mourir comme un choix, de nombreuses influences peuvent pousser les gens à la demander. Il est cependant difficile de déterminer avec certitude si une personne ayant des troubles mentaux se rétablira ou pas. Les listes d'attente pour recevoir des soins psychiatriques spécialisés sont longues, ce qui retarde le rétablissement et accroît les souffrances de nombreux Canadiens. Les tendances suicidaires, l'échec de la prise de conscience et le jugement erroné sont les symptômes de nombreuses maladies psychiatriques. Ces symptômes varient, mais le rétablissement est possible dans la grande majorité des cas, avec ou sans traitement.

Compte tenu du manque de données permettant d'orienter les évaluations sur l'AMM dans les cas de troubles mentaux, comme c'est le cas pour mes patients, les préjugés et la discrimination déterminent inévitablement qui bénéficiera de l'AMM et qui subira des mesures de prévention du suicide. Je vous invite à lire mon article intitulé *Discrimination-driven deaths—Analysing Ontario Coroner Reports on Euthanasia and Assisted Suicide*.

En réponse aux témoins qui affirment que les professionnels de l'AMM respectent systématiquement les directives et que les recommandations de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM ne posent aucun problème, je vous invite vivement à lire ces rapports. Vous pouvez également consulter mon article. Pensez également au risque que l'extension de l'AMM entraîne une hausse des tendances suicidaires. L'AMM présente la mort comme une solution à la souffrance et fournit les moyens d'y parvenir avec le soutien d'un professionnel de la santé.

Un témoin a cité un documentaire sur l'aide médicale à mourir dans le cadre de troubles mentaux qui souligne que certaines personnes se sont suicidées à l'annonce du délai imposé et que ce délai avait contribué à leur décès. Pourquoi cela s'est-il produit? Les messages répétés du gouvernement soulignant que l'AMM pourrait mettre fin à leurs souffrances en toute dignité risquent de renforcer la détermination de ces personnes à mettre fin à leurs jours. Ils risquent également d'accroître la tendance au suicide. Voilà ce que nous ont indiqué les résultats d'études de recherche sur la prévention du suicide.

En outre, dans sa déclaration consensuelle sur l'AMM, l'Association des psychiatres du Canada n'exprime qu'une opinion. Elle n'ajoute rien aux données médicales. Cette déclaration ne devrait pas suggérer que nous sommes prêts à influencer la décision de vivre ou de mourir, même au cas par cas.

• (1950)

En revanche, l'Association internationale pour la prévention du suicide a affirmé, en décembre 2025, que l'AMM ne devait pas être accordée uniquement pour des raisons de troubles mentaux. Elle souligne que les principes de prévention du suicide devaient s'appliquer à tous, y compris aux personnes qui ont un handicap et à celles qui sont en phase de fin de vie.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Docteure Coelho, pourriez-vous conclure en cinq secondes?

Ramona Coelho: En fait, il ne me reste qu'une seule ligne.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): D'accord, allez-y.

Ramona Coelho: Le Comité des droits des personnes handicapées de l'ONU recommande que l'on abroge la voie 2 d'accès à l'AMM et que l'on mette fin aux activités d'extension de l'AMM pour les personnes atteintes de troubles mentaux.

Merci beaucoup.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci. J'aurais dû vous prévenir.

Ramona Coelho: Ce n'est pas grave.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Nous allons maintenant entendre le témoignage de la Dre Karin Neufeld.

Karin Neufeld (psychiatre et directrice du Département de psychiatrie, McMaster University, à titre personnel): Je vous remercie infiniment de m'avoir invitée à vous présenter mes observations. J'espère vous convaincre de reporter les activités d'extension de l'AMM aux personnes atteintes de troubles mentaux.

Je m'appelle Karin Neufeld. J'exerce la psychiatrie depuis plus de 35 ans, au cours desquels j'ai soigné des dizaines de milliers de patients.

Après avoir terminé mes études de médecine au Manitoba, je me suis inscrite à la faculté de médecine de l'Université Johns Hopkins pour parfaire ma formation. J'y ai ensuite occupé des fonctions de direction dans le corps enseignant avant d'être promue à un poste de professeure. Je suis revenue au Canada quand l'Université McMaster, où je travaille actuellement, m'a offert un poste de présidente. Cependant, je ne témoigne pas au nom d'un établissement. Je ne fais qu'exprimer mes propres opinions.

J'ai rédigé un mémoire auquel, je crois, vous avez accès. Il sera probablement peu intéressant que je vous le lise. Je vais donc vous présenter le cas du patient que j'y présente au début pour vous expliquer pourquoi cette extension de l'AMM me préoccupe tant.

En octobre 2023, un homme d'âge moyen s'est présenté à la clinique de Hamilton où je venais tout juste de commencer à exercer. Il souffrait d'une profonde dépression récidivante depuis son enfance. Autrement dit, il avait des épisodes de profonde dépression, d'humeur très sombre et de désespoir. Il se faisait une très mauvaise opinion de lui-même, de ses perspectives d'avenir et du monde qui l'entourait. Il estimait qu'il vaudrait bien mieux qu'il soit mort. Ce sentiment profond le hantait parfois pendant des mois et même des années.

Il est venu me voir à l'automne et m'a demandé de lui rédiger une recommandation d'aide médicale à mourir, l'AMM. Comme cette pratique n'était pas encore légale à l'époque, il a accepté de suivre le traitement que je lui recommandais. Je le suis encore à l'heure actuelle. Il nous a fallu beaucoup de temps pour trouver un traitement qui soit réellement efficace et qu'il puisse tolérer, mais son état s'est nettement amélioré. En fait, il a repris ses études universitaires et, cette année, il a obtenu son diplôme et cherche un emploi dans le domaine du counseling. Ses relations familiales — avec sa femme et ses frères et sœurs — se sont considérablement améliorées. Le plus émouvant est le fait qu'il a fortement soutenu sa nièce, qui était tombée dans une profonde dépression post-partum. En fait, la dépression est un trait héréditaire dans sa famille.

Quand il est revenu me voir, il y a quelques semaines, je lui ai rappelé qu'initialement, il était venu pour me demander l'AMM. Il a éclaté de rire et a répondu que c'était une sacrée chance que ce processus n'ait pas été légal à l'époque, parce qu'il serait mort aujourd'hui. Cela peut nous faire sourire, mais ce n'est pas vraiment drôle, parce qu'il avait raison. Je crois qu'au moment où il s'est présenté, il aurait rempli tous les critères d'admission à l'AMM. Je vais vous expliquer pourquoi.

Tout d'abord, lorsqu'un patient vient solliciter l'AMM, la loi m'oblige à lui fournir un aiguillage efficace, même si mon expérience de psychiatre m'assure que nous pourrions essayer des pratiques cliniques qui n'ont pas encore été testées.

Ensuite, je pense que nous nous entendons tous sur le fait qu'il souffrait profondément. Cela ne faisait aucun doute. Sa souffrance était aussi intense que celle causée par tout autre handicap physique. Malheureusement, les critères exigent une souffrance grave et irrémédiable. Je pense vous avoir démontré que son trouble n'était pas irrémédiable. Il a repris le cours de sa vie et se porte bien. Il ne souhaite pas donner suite à sa demande d'AMM. Son cas n'était donc pas irrémédiable, mais, à l'époque, je n'aurais pas pu prouver cela.

Les Recommandations cliniques canadiennes sur l'aide médicale à mourir dont vous a parlé la Dre Mona Gupta le 24 mars, et que j'ai ici avec moi, ne nous aide pas beaucoup. Il nous renvoie à la *Norme de pratique modèle*, qui stipule en substance qu'il faut recourir à un mandataire. Nous avons entendu dire ce soir qu'il faudrait vraiment tenir compte de la manière dont les personnes ont réagi aux traitements. Mon patient avait été hospitalisé 10 fois. Il avait subi des électroconvulsivothérapies et de nombreux essais thérapeutiques qui s'étaient avérés inefficaces. Il aurait certainement été admissible à l'AMM.

• (1955)

Sa demande de suicide n'était pas un acte impulsif. Il voulait simplement mourir. Il en avait l'intention depuis très longtemps. Je pense qu'on pourrait qualifier cela de demande mûrement réfléchie.

Combien de personnes comme ce monsieur sommes-nous prêts à sacrifier? Son cas n'est pas unique.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci, docteure Neufeld, et merci à tous les témoins.

Nous allons commencer notre première série de questions avec M. Cooper, pour cinq minutes.

Michael Cooper (St. Albert—Sturgeon River, PCC): Merci, madame la présidente.

Docteure Neufeld, une témoin du groupe précédent, Mme Sarah Lawley, de Santé Canada, a cité la publication des recommandations de l'Association des psychiatres du Canada sur l'évaluation du caractère irrémédiable et sur la gestion du risque de suicide pour démontrer que nous sommes prêts à étendre l'AMM aux personnes atteintes de troubles de santé mentale. Dans votre rôle de présidente de l'Association des chaires de psychiatrie du Canada, pourriez-vous nous dire si ces recommandations reflètent un consensus des titulaires de chaires de psychiatrie?

Karin Neufeld: Les *Recommandations cliniques canadiennes sur l'aide médicale à mourir* ne reflètent absolument pas un consensus des titulaires de chaires de psychiatrie. En réalité, la majorité d'entre eux ne soutiennent pas l'extension des critères d'admission à l'AMM. Ces recommandations viennent tout juste d'être publiées le dernier jour du mois de mars. Elles n'ont pas été évaluées par les pairs, et, à ma connaissance, aucun de nous n'a été invité à collaborer à leur rédaction. Elles ne reflètent pas un consensus.

Michael Cooper: Il semblerait que huit membres se soient portés volontaires pour collaborer à la rédaction de ces recommandations. Est-ce vrai?

Karin Neufeld: Je ne saurais dire comment ils ont été sélectionnés, mais nous savons que quelques-uns d'entre eux manifestaient déjà un intérêt très marqué pour l'extension de l'AMM.

Michael Cooper: Pour en revenir au consensus, serait-il juste de dire qu'il ne s'agirait que d'un consensus entre ces huit personnes?

Karin Neufeld: Je suppose que oui.

Michael Cooper: Au tout début de ces recommandations se trouve une clause de non-responsabilité très précise, soulignant que ces recommandations ne doivent pas être interprétées ni utilisées comme une norme de pratique médicale. Quelle est la portée de cette clause de non-responsabilité?

Karin Neufeld: Elle rend difficile de déterminer la manière d'appliquer la solution finale chez les patients... Pardon, je n'avais pas l'intention de m'exprimer ainsi... je voulais dire de mettre en œuvre une décision médicale fondée sur ces recommandations, décision sur laquelle il serait très difficile de revenir.

Michael Cooper: Dans le mémoire que vous avez remis au Comité, vous indiquez que « ces lignes directrices ne proposent aucun critère substantiel permettant de déterminer l'irrémédiabilité ». Au contraire, comme vous venez de le souligner, elles reprennent mot pour mot la *Norme de pratique modèle* de Santé Canada, qui demande aux évaluateurs de tenir compte des tentatives de traitement antérieures, notamment leur durée, leur intensité et leurs résultats, ainsi que la gravité et la durée de la maladie.

Vous nous avez présenté le cas d'un de vos patients. Vous avez également souligné dans votre mémoire que les troubles psychiatriques « suivent des trajectoires non linéaires », que les patients « s'améliorent souvent après des années d'atteinte sévère », et que « la résistance au traitement n'établit pas une absence définitive de rétablissement ».

Vous ai-je bien comprise?

• (2000)

Karin Neufeld: Oui, je pense bien.

Michael Cooper: Très bien. Peut-on alors en conclure que les facteurs énoncés dans la *Norme de pratique modèle* de Santé Canada, qui ont été copiés-collés dans les *Recommandations cliniques canadiennes sur l'aide médicale à mourir*, ne sont pas adap-

tés aux troubles mentaux et ne servent pas à en évaluer le caractère irrémédiable?

Karin Neufeld: Oui, c'est mon avis. En se basant uniquement sur le parcours des patients, il est vraiment difficile de déterminer s'il vaudrait encore la peine d'essayer certains traitements.

Michael Cooper: Vous avez également souligné dans votre mémoire que ces recommandations ne fournissent « pas d'orientations claires » pour distinguer entre une demande rationnelle d'AMM et une demande motivée par « une idéation suicidaire ». Vous affirmez qu'au lieu d'apporter des éclaircissements, elles risquent de créer « une confusion conceptuelle et clinique ». Pourriez-vous nous en dire plus à ce sujet?

Karin Neufeld: Le patient dont je vous parlais illustre cela parfaitement. Il n'était pas impulsif.

Ce document nous met en garde contre le fait de recourir à l'AMM en réaction à un acte impulsif. Il souligne qu'une personne qui envisage de s'infliger des blessures très prochainement n'est pas admissible à l'AMM. Malheureusement, comme l'a démontré mon patient, le désir profond et stable de mourir peut faire partie des symptômes de la maladie, comme c'était le cas pour lui, et pourtant, ce désir justifierait l'admission à l'AMM.

Michael Cooper: Pour bien préciser ce que vous nous dites, docteure Neufeld, selon votre opinion professionnelle, les recommandations de l'Association des psychiatres du Canada ne prouvent pas que nous sommes prêts à appliquer ces critères d'admission?

Karin Neufeld: En effet. Elles ne m'aident certainement pas à comprendre comment appliquer ces critères.

Michael Cooper: Docteure Coelho, partagez-vous cette opinion?

Ramona Coelho: Oui.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Vous finissez juste au bon moment. Merci beaucoup.

Nous allons maintenant donner la parole à M. Maloney pour cinq minutes.

James Maloney (Etobicoke—Lakeshore, Lib.): Merci, madame la présidente.

Je remercie les témoins d'être venus ce soir.

Docteure Gamache, je vais commencer par m'adresser à vous. Dans votre déclaration préliminaire, vous affirmez que cela ne concernerait qu'un petit nombre de personnes. En quoi ce facteur est-il pertinent?

[Français]

Claire Gamache: C'est pertinent, parce qu'il est très clair pour nous qu'il faudra que ce soit pour des gens qui ont des troubles mentaux très graves, lesquels évoluent depuis plusieurs années. Quand on parle de troubles mentaux graves, on parle de troubles qui touchent 3 % de la population. On parle donc de patients que nous avons suivis pendant de très nombreuses années.

J'exerce la psychiatrie depuis 27 ans. Parmi ces patients, je n'aurais probablement pas accepté une demande d'aide médicale à mourir de plus de deux ou trois d'entre eux, alors que je vois de nombreux nouveaux patients chaque semaine. Il s'agit donc d'un très petit nombre de patients.

[Traduction]

James Maloney: Merci, docteur. Quel que soit le pourcentage, ce qui compte, c'est de prendre la bonne décision. J'ai l'impression que vous dites cela pour alléger ma prise de décisions. Avec tout le respect que je vous dois, je ne trouve pas ce facteur pertinent.

Vous avez aussi dit que nous pouvons toujours déterminer le caractère irrémédiable. Vous l'avez affirmé très clairement et avec beaucoup d'assurance.

Cette question s'adresse aux deux autres témoins. Êtes-vous d'accord avec cela?

Karin Neufeld: Non. Je ne pense pas savoir comment déterminer si un cas est irrémédiable. Je ne sais pas comment être absolument certaine qu'il est impossible d'aider une personne.

Ramona Coelho: Les données disponibles n'indiquent aucunement que nous savons prédire le caractère irrémédiable d'une maladie mentale. J'ai vu de nombreux patients se rétablir alors qu'ils souffraient depuis de nombreuses années, et je n'aurais jamais imaginé que ce soit possible.

James Maloney: Je me heurte à un dilemme sur cette question. Mes collègues et moi, ici, devons prendre une décision et formuler des recommandations. Nos recommandations auront des conséquences définitives. Comment y parviendrons-nous, si vous trois ne réussissez pas à vous mettre d'accord sur les facteurs essentiels? Comment allons-nous recommander une orientation si vous trois, ainsi que de nombreux autres membres de votre profession, ne parvenez pas à vous mettre d'accord?

Docteur Gamache, permettez-moi de vous poser cette question.

[Français]

Claire Gamache: La psychiatrie, la santé mentale et la souffrance sont effectivement des choses sur lesquelles il est difficile de colliger des données précises. Je serais surprise de voir que les troubles physiques sont toujours beaucoup plus précis. En ce qui concerne la cancérologie, la sclérose en plaques ou la maladie de Parkinson, nous voyons des évolutions qui empruntent aussi des cheminements différents. Alors, je trouve que nous faisons une dichotomie très claire entre les troubles mentaux et les troubles physiques qui, me semble-t-il, ne respecte pas l'évolution des patients, qui est parfois différente.

J'avoue que c'est une décision très difficile pour les parlementaires. Nous ne sommes pas en train de dire que c'est simple. Il est vrai que c'est quelque chose de difficile. Par ailleurs, nous décidons que l'aide médicale à mourir est un soin, mais qu'une partie de la population pour laquelle nous avons déjà l'impression qu'il manque de ressources n'aura pas droit à ce soin.

• (2005)

[Traduction]

James Maloney: Merci, docteur. Je m'excuse de vous interrompre, mais je n'ai pas beaucoup de temps.

Je vous remercie de reconnaître que cet enjeu est imprécis. Voilà justement ce qui me tracasse. Sans précision, je ne peux pas, en toute responsabilité, recommander que nous poursuivions ce projet. Je comprends l'importance que vous accordez à cet enjeu. Je comprends aussi, comme vous l'avez souligné, votre obligation de ne pas traiter vos patients comme des citoyens de deuxième classe. Toutefois, je ne suis pas certain que tous les membres de votre pro-

fession soient tenus de respecter vos normes et qu'ils s'y conforment.

Nous avons discuté ce soir, et au cours d'autres réunions, du magasinage de médecins et de ressorts plus favorables. Tant que je n'aurai pas la certitude que tout le monde partage votre conviction, je ne me sentirai pas à l'aise. Trouvez-vous que mon point de vue est justifié?

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Répondez très brièvement, s'il vous plaît.

[Français]

Claire Gamache: Quand on a commencé à offrir l'aide médicale à mourir pour les personnes souffrant de problèmes de santé physiques, énormément de médecins avaient des objections de conscience et n'étaient pas du tout à l'aise avec l'idée, même pour les problèmes de santé physiques. Des gens en soins palliatifs qui étaient complètement contre...

[Traduction]

James Maloney: Vous parlez des objecteurs de conscience. Je parle des personnes sans compétence médicale qui ne peuvent pas décider de cet enjeu. C'est là tout le dilemme.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je suis désolée, monsieur Maloney. Votre temps de parole est écoulé.

Merci, docteur.

Nous allons maintenant donner la parole à monsieur Thériault pour cinq minutes.

[Français]

Luc Thériault: Docteur Gamache et docteur Barbès-Morin, comment percevez-vous l'état de la question et du consensus ou du non-consensus au Québec, parmi vos membres?

Claire Gamache: Je vais d'abord vous répondre et mon collègue pourra ensuite compléter ma réponse par la suite.

Un sondage mené il y a quelques années a révélé qu'un peu plus de 50 % des psychiatres étaient à l'aise avec le fait de se préparer à offrir l'aide médicale à mourir dans le cas de troubles mentaux. Cependant, il faudrait voir comment ça a évolué. En fait, beaucoup de psychiatres au Québec participent aux évaluations d'aptitude pour demander l'AMM ou pour les cas complexes de nos collègues.

Luc Thériault: Voulez-vous ajouter quelque chose, docteur Barbès-Morin?

Guillaume Barbès-Morin (psychiatre, Association des médecins psychiatres du Québec): Comme de raison, nous n'avons pas de chiffres et il est difficile d'évaluer la situation. Je suis un psychiatre généraliste en région éloignée. J'habite ici depuis 20 ans, dans ma petite ville du nord du Québec. Je traite des patients depuis 20 ans. Il m'est difficile de vous répondre pour l'ensemble des psychiatres, mais je suis pas mal persuadé que l'ensemble de mes collègues s'entendraient sur quelques points très importants.

En ce qui a trait à l'intensité de la souffrance, on ne peut pas douter que celle vécue par nos patients très malades qui ont des problèmes de santé chroniques est parfois extrêmement importante et comparable à ce qui peut mener à l'aide médicale à mourir dans le cas de problèmes de santé physiques. Pour ce qui est de la perception de l'irrémédiable, la personne qui a une maladie affective bipolaire va avoir cette maladie pour le reste de sa vie. Il peut y avoir une différence, donc c'est irrémédiable.

Ce qui pourrait amener une modification, c'est en ce qui concerne l'impact de la maladie. Certaines personnes ont un parcours favorable. Comme la docteure Neufeld l'a mentionné tout à l'heure, il arrive qu'on trouve un traitement qui fonctionne bien, et c'est fantastique. Il y a des gens qui ont des vies pleines et entières, d'autres qui ont des vies plus difficiles et d'autres encore qui ont des vies extrêmement dramatiques, malgré tout ce qu'on a pu essayer.

Ces gens qui évoluent malheureusement moins bien, malgré tout ce qu'on peut tenter, c'est nous qui nous en occupons. Je les vois au quotidien depuis des années. On peut toujours avoir de l'espoir pour eux. Cependant, comme pour les autres problèmes de santé, il faut respecter aussi leur autonomie, leur capacité à prendre des décisions, à choisir eux-mêmes ce qu'ils vont faire de leur vie, de leur souffrance et de l'espoir. Il faut continuer à leur donner de l'espoir, mais il faut être capable de voir ça et de respecter ça.

Je pense que mes collègues, au Québec et ailleurs au Canada, sont capables de constater ça. Ce n'est pas parce que c'est une maladie mentale que c'est différent. Ça se passe dans le cerveau, comme la sclérose en plaques, où il y a des gens qui évoluent bien, même si c'est une maladie sévère, mais il y a des gens qui vivent des souffrances terribles. On est capable de le reconnaître, même si ça se passe aussi dans le cerveau.

Malheureusement, je trouve que la discussion va actuellement dans le sens que, parce que l'on comprend mal les maladies mentales en matière de neuroanatomie, par exemple, on est prêt à continuer à discriminer nos patients qui souffrent énormément, juste parce qu'on n'est pas capable de voir leur maladie à l'aide d'un scanner. Je pense que, sur le plan clinique, l'immense majorité des psychiatres au Canada sont assez bien formés et assez compétents pour statuer sur l'ensemble des facteurs dont on parle ici.

Ils sont peut-être très mal à l'aise de le faire, peut-être à cause de leurs valeurs personnelles ou religieuses, mais il faut quand même se centrer sur nos patients, sur le besoin des gens qui souffrent. Lorsque ces gens demandent quelque chose, il faut les écouter. Il faut faire du très bon travail pour déterminer là où on est rendu. Je pense qu'on est en mesure de le faire dans plusieurs situations.

C'est comme pour le reste de la médecine. Il y a 2, 4, 5 % des médecins qui sont à l'aise ou peut-être plus. Je ne connais pas le chiffre exact. Il faut s'attendre que, chez les psychiatres, ce soit la même chose. Il y a des gens qui développent une expertise plus spécialisée dans l'évaluation de ça. Ce ne sera pas tout le monde qui va le faire, et c'est très bien comme ça.

• (2010)

Luc Thériault: Avez-vous l'impression qu'il y a beaucoup de paternalisme médical en psychiatrie, comme c'était le cas à l'époque où des patients devaient se battre pour accéder à des soins palliatifs? On avait alors de l'intérêt seulement pour l'aspect curatif, et les patients mouraient du traitement, au bout du compte.

Guillaume Barbès-Morin: Je suis tellement d'accord sur ce que vous venez de dire. On a essayé de sortir le paternalisme de l'ensemble des relations avec les patients, et c'est très bien. Cependant, dans les discours que j'ai entendus ce soir, il y a beaucoup de choses qui vont dans ce sens. Nous devons être aux côtés de nos patients pour les aider à prendre une décision et à cheminer ainsi que pour les traiter. Il faut arrêter d'imposer nos propres valeurs et notre propre vision du monde aux gens qui souffrent. Si on fait ça, c'est correct.

Luc Thériault: N'y aura-t-il pas, en fin de compte, des patients qui vont se retrouver dans ce couloir de soins palliatifs ad vitam æternam?

Guillaume Barbès-Morin: Il y a pire que ça. Des patients vont s'enlever la vie parce qu'on ne les écoute pas. Si on les accompagnait, ils pourraient reprendre espoir et on pourrait les accompagner plus loin au moyen de traitements.

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci.

Passons maintenant aux questions des sénateurs.

[Français]

Le coprésident (Marcus Powlowski): Sénateur Dalphond, vous avez la parole pour trois minutes.

[Traduction]

L'hon. Pierre Dalphond: Ma question porte sur ce que vous venez de dire. Disposons-nous, au Canada, de ressources suffisantes pour offrir un soutien adéquat à ceux qui ont besoin d'une aide psychiatrique?

Karin Neufeld: Je ne suis pas experte des autres systèmes de santé du pays. Je ne peux parler que de ce que je connais dans ma région.

Nous devrions mieux répartir les ressources dont nous disposons. Il est certain que de nombreuses régions de l'Ontario n'y ont pas accès. Nous sommes particulièrement gâtés dans la région de Hamilton-Toronto, alors nous devrions produire de meilleurs résultats, mais même dans notre région, les gens attendent très longtemps avant d'obtenir des soins.

L'hon. Pierre Dalphond: [Difficultés techniques] Québec, mais, docteur Coelho, partagez-vous cet avis?

Ramona Coelho: Oui. Comme je l'ai mentionné, je m'occupe de personnes issues des couches socioéconomiques les plus défavorisées de l'Ontario, où j'exerce ma profession. Mes patients sont obligés de recourir aux banques alimentaires. Tous ces facteurs contribuent à aggraver leurs troubles de santé mentale. Ils peuvent souvent obtenir une consultation rapide en psychiatrie en cas d'urgence, mais ils doivent attendre cinq ans pour accéder à des soins hautement spécialisés, comme ceux que dispensent les équipes communautaires de traitement actif pour les cas complexes. Ces services ne sont pas suffisants.

[Français]

L'hon. Pierre Dalphond: La situation est-elle la même au Québec?

Les gens ont-ils accès aux ressources nécessaires en matière d'accompagnement? Les ressources sont-elles suffisantes?

Guillaume Barbès-Morin: Je pense que la situation est la même partout au Canada, sauf pour quelques petites clientèles extrêmement favorisées dans certaines grandes villes. Partout au Canada, on pourrait demander plus de ressources pour toutes sortes de choses. Je vous le demande ouvertement. Je travaille aussi avec de jeunes patients qui vivent leurs premiers épisodes psychotiques et avec des gens qui ont des troubles de personnalité limite. Nous avons besoin de ressources.

Par contre, ce qu'il faut savoir, c'est que les gens très malades ont quand même souvent accès à des ressources adéquates au Canada. Là où il y a un immense manque, c'est lorsque les gens sont moins malades. Souvent, ce sont des gens qui ont besoin de soins de première ligne. Lorsqu'ils vont voir leur médecin de famille, ils n'ont pas accès à des travailleurs sociaux ou à des psychologues. De ce côté-là, il y a un manque immense.

En général, même dans une petite région comme celle où j'habite, pour ce qui est de donner des traitements comme la sismothérapie ou la stimulation magnétique transcrânienne répétitive, ou encore d'offrir des programmes de soins spécialisés pour des troubles de la personnalité, par exemple, on le fait quand même bien.

On a besoin de plus de soins, mais c'est la même chose dans les autres sphères de la médecine. Vous savez, avoir accès à des soins spécialisés...

• (2015)

L'hon. Pierre Dalphond: Excusez-moi de vous interrompre. N'y a-t-il pas un danger que l'on utilise des ressources qui devraient être consacrées à l'accompagnement pour faire des évaluations et d'autres études, alors que le temps et les ressources sont limités?

Guillaume Barbès-Morin: C'est une question de volumétrie. Je ne pourrai pas vous donner une réponse précise. Je ne sais pas exactement combien d'évaluations de demandes d'aide médicale à mourir on s'attend à recevoir, mais j'ai l'impression, comme la Dre Gamache vous le mentionnait, qu'on réservera ce genre de chose à une très petite partie des gens, soit ceux qui font partie des 2 % de patients les plus malades dont les psychiatres s'occupent. J'ai donc l'impression que ce ne sera pas un gros volume annuellement.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci beaucoup, sénateur Dalphond.

[Traduction]

Nous passons maintenant la parole à la sénatrice Martin pour cinq minutes.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci.

Les témoins du groupe précédent nous ont appris que le gouvernement n'avait pas répondu au Comité des droits des personnes handicapées de l'ONU. Cependant, l'Association internationale pour la prévention du suicide a publié un autre rapport dans lequel elle s'oppose à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Cette association est l'organisme mondial principal de recherche et d'établissement de politiques sur la prévention du suicide.

En pensant à ce rapport de décembre 2025, je me demande si nous devrions tenir compte d'autres facteurs en envisageant d'étendre les critères d'admission à l'AMM. Le gouvernement a-t-il offert une réponse quelconque? Le savez-vous?

Ramona Coelho: Dans cette déclaration de décembre 2025, l'Association internationale pour la prévention du suicide souligne que le suicide assisté et le suicide en soi se chevauchent, surtout dans d'autres contextes que la phase de fin de vie. Ne l'oublions surtout pas. Elle insiste sur le fait qu'il est impossible de prédire si la souffrance liée à un trouble mental est irrémédiable, ajoutant qu'il y a toujours de l'espoir, que le pronostic est toujours incertain et que l'AMM ne devrait jamais se substituer aux soins de santé mentale.

Comme je l'ai mentionné, la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées nous exhorte à abroger la

voie 2 et à ne pas étendre l'AMM aux personnes atteintes de troubles mentaux. Ses auteurs nous avertissent que cette voie revient, en substance, à mettre la vie des gens à risque quand nous leur proposons de mourir sans recevoir de soins psychosociaux adéquats ou du soutien communautaire.

Les auteurs de ce rapport soulignent aussi que l'autonomie à elle seule ne constitue pas une mesure de sécurité suffisante. Les désirs des gens ne conviennent pas toujours. Cela risque de refléter un nihilisme thérapeutique: « Je souffre tellement aux côtés de ce patient que je pense qu'il vaut mieux que nous mettions fin à ses souffrances ». Est-ce que je me contente de céder à sa demande suicidaire? Est-ce de l'accompagnement ou de l'abandon pur et simple?

J'ai aussi entendu dire ici que certains professionnels de la santé se montrent très prudents et n'approuvent que deux cas. Cependant, ont-ils raison dans les deux cas? Ils pourraient très bien se tromper. Cela causerait un grave problème, même quand les professionnels font de leur mieux. Le gouvernement n'a pas non plus répondu à cette question.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): C'était justement ce que j'allais demander: pouvons-nous faire confiance au jugement de tous les médecins? Vous avez siégé au Comité ontarien d'examen des décès liés à l'AMM; selon votre expérience, des erreurs peuvent-elles se produire? et...

Ramona Coelho: Je suis très déçue par les commentateurs privilégiés qui prétendent que la majorité des personnes handicapées qui décrivent leur expérience dans les médias sont des imposteurs. C'est inacceptable. Nous ne faisons pas cela. De plus, nous disposons de dossiers validés par les autorités, nous avons examiné les dossiers médicaux et nous en sommes venus à la conclusion que... Ces cas proviennent du coroner. Ils ne viennent pas de nous. Les gens peuvent tenter de remettre en cause notre analyse, d'accord, mais ces cas proviennent du coroner.

Le mois dernier, le Journal de l'Association médicale canadienne, ou JAMC, a publié un article de recherche rédigé par Pesut et coll., de la communauté AMM, qui traitait de la variabilité des évaluateurs. Elle est très vaste. Je vais vous donner un exemple. Certaines personnes évaluent une mort naturelle raisonnable et prévisible sur une période de quelques semaines ou de quelques mois, alors que d'autres l'évaluent sur une période de cinq ans. Cela indique qu'il n'existe pas de norme.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, sénatrice Martin.

Sénatrice Moodie, vous disposez de trois minutes.

L'hon. Rosemary Moodie: Merci, monsieur le président.

Je vous remercie de nous avoir présenté cet exemple empirique, madame la professeure. C'est exactement cela. Cet exemple concerne un seul patient. Il ne correspond aucunement à la population générale.

Je vais donc vous poser une question à laquelle vous me répondrez par oui ou par non. Pensez-vous que toutes les personnes ont la possibilité de se remettre d'une maladie mentale? C'est l'impression que vous nous avez donnée.

Répondez-moi par oui ou par non: croyez-vous que tous les patients peuvent guérir?

• (2020)

Karin Neufeld: Je soulignais justement que je ne peux pas prédire quels patients se rétabliront.

L'hon. Rosemary Moodie: Merci.

Je voudrais également vous demander si vous vous présentez à cette table à titre de personne favorable à l'accès à l'AMM sur la base d'un seul diagnostic de troubles mentaux ou si vous vous y opposez.

Karin Neufeld: Cette question s'adresse-t-elle à moi?

L'hon. Rosemary Moodie: Oui.

Karin Neufeld: J'ai dit très clairement dès le début que je m'y oppose.

L'hon. Rosemary Moodie: Je tenais à préciser cela pour le compte rendu, parce que je vous ai entendue dire que d'autres membres de votre profession qui ont participé à la rédaction des lignes directrices y étaient favorables. Je tenais à préciser votre position.

Docteure Coelho, en nous présentant vos exemples, vous avez décrit plusieurs incidents qui, s'ils sont réellement survenus, sont tout à fait scandaleux. Ils constituent une violation manifeste de la loi.

Ramona Coelho: Oui, tout à fait, sénatrice Moodie...

L'hon. Rosemary Moodie: Excusez-moi. Je veux poser une question, si cela ne vous dérange pas. Attendez que j'aie terminé. Merci.

Si ces faits sont réels et objectifs, ils constituent une violation manifeste de la loi. Avez-vous signalé directement à la police ou à votre établissement universitaire certains des individus impliqués dans ces incidents?

Ramona Coelho: Le coroner a eu connaissance de certains incidents, qui ont fait l'objet d'une enquête et ont été pris en charge après que je les ai signalés. Dans d'autres cas, mes patients n'ont pas poursuivi leur demande d'AMM, bien qu'elle leur ait été accordée, car je les ai aidés à trouver des services de soutien. Je n'ai donc pas jugé nécessaire de les signaler. Le Comité d'examen des décès liés à l'AMM vise avant tout à garantir l'assurance de la qualité et la sécurité.

L'hon. Rosemary Moodie: Je signale que les études de cas menées par le Comité d'examen des décès par l'AMM, le CEDA, servent à formuler des recommandations sur la pratique et la surveillance de l'AMM, et non à établir s'il y a eu faute. On n'examine pas les faits de façon aussi minutieuse et rigoureuse que si on devait...

Ramona Coelho: Le Comité a un rôle uniquement consultatif.

L'hon. Rosemary Moodie: Oui, exactement.

Pouvez-vous alors dire, dans les cas que vous avez évalués...

Le coprésident (Marcus Powlowski): Honorable sénatrice Moodie, votre temps de parole est terminé.

Honorable sénatrice Wallin, vous avez trois minutes. Je vous en prie.

L'hon. Pamela Wallin: Merci, monsieur le président.

Je vais poser une question aux deux témoins ici présents. Connaissez-vous les études « What drives requests for MAiD? » et « Is Structural Marginalization Driving Medical Assistance in Dying (MAiD) in Canada? », du Dr Downar?

Ramona Coelho: J'ai rédigé une réponse à ces publications.

L'hon. Pamela Wallin: D'accord.

D'après votre témoignage personnel de ce soir, les faits vont dans le sens contraire. Ce n'est pas par manque d'accès aux services, aux conseils ou aux soins palliatifs...

Ramona Coelho: En réalité, cette réponse a été signée par — le nombre exact m'échappe — des dizaines, voire des centaines de médecins qui contestaient les conclusions de ces études.

L'hon. Pamela Wallin: Sauf erreur, cette étude a porté sur 16 000 personnes, et il y a eu 14 cas où les services offerts auraient pu être meilleurs.

Ramona Coelho: Je me trompe peut-être d'étude. Désolée.

L'hon. Pamela Wallin: C'est contre-intuitif, en un sens, mais les études révèlent que le niveau de revenu ou l'accès aux services ne constituent pas des facteurs déterminants pour le recours à l'AMM. D'autres témoignages vont dans le même sens. Ce sont plutôt les personnes aisées qui y ont recours.

Permettez-moi de revenir à la Dre Gamache et peut-être au Dr Barbès-Morin.

Je reviens un peu sur ce que M. Maloney a évoqué: la certitude. Bien sûr, nous aimerions tous avoir une certitude à 100 % dans tout diagnostic de maladie, qu'elle soit physique ou mentale, mais cela est vraisemblablement impossible chez l'être humain et compte tenu de la condition humaine.

Avez-vous suffisamment confiance en vous et avez-vous assez d'assurance pour affirmer que les décisions envisagées...? Nous n'avons bien sûr aucune preuve réelle permettant d'affirmer que la maladie mentale est la seule cause sous-jacente, car pareille preuve n'existe pas encore, mais dans la prestation de l'AMM, avez-vous le sentiment que les médecins et ceux qui se trouvent dans votre situation parviennent à trouver un juste équilibre à cet égard?

● (2025)

[Français]

Claire Gamache: Absolument. C'est pour ça qu'en général, nous consultons des collègues et nous discutons de cas complexes en comité, lorsque ce sont des patients qui présentent des particularités. Nous faisons ça très régulièrement, en psychiatrie. Nous consultons nos collègues et nous discutons de cas complexes ensemble. Sans l'ombre d'un doute, nous allons faire la même chose pour ces patients. De toute façon, au Québec, on a proposé une façon d'évaluer les patients qui font une demande d'aide médicale à mourir.

J'aimerais dire que, très souvent, lorsqu'un patient fait une demande d'aide médicale à mourir, c'est un appel à l'aide, et nous allons le traiter en conséquence. Quand nous connaissons nos patients depuis longtemps, nous allons discuter des raisons pour lesquelles ils en sont là et nous allons analyser ça de façon très adéquate.

Il y a des cas où on a dit que ce n'était pas possible, parce que ce ne l'était pas, puis on a proposé des pistes de solution. Ouvrir la discussion, c'est la première étape. Si on dit à tous les patients qui souffrent de troubles mentaux que ça ne peut pas faire partie de la décision...

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, docteure Gamache.

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Passons-nous au deuxième tour?

Le coprésident (Marcus Powlowski): Non, le sénateur Wells, votre collègue, doit intervenir.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Effectivement. Excusez-moi.

L'hon. Kristopher Wells: Merci de ne pas m'avoir oublié.

Je voudrais reprendre le fil de la discussion avec la Dre Gamache en revenant sur le point soulevé dans la question précédente.

D'aucuns prétendent que les cliniciens sont souvent en désaccord entre eux au sujet de la capacité décisionnelle d'une personne donnée. Que se passe-t-il si deux évaluateurs ne s'entendent pas sur la capacité de prendre une décision chez un patient atteint d'un trouble mental qui demande l'AMM?

[Français]

Claire Gamache: La question s'adresse-t-elle à moi?

[Traduction]

L'hon. Kristopher Wells: Oui.

[Français]

Claire Gamache: Si deux évaluateurs ne sont pas d'accord, il va falloir consulter un comité, et les choses devront être faites par différentes personnes. On va aborder ces cas complexes comme on le fait déjà pour les troubles de santé physiques actuellement.

[Traduction]

L'hon. Kristopher Wells: Enchaînons. Que se passera-t-il si une personne qui sollicite l'AMM n'a pas reçu un traitement adéquat?

[Français]

Claire Gamache: Au Québec, on pensait consulter des psychiatres spécialisés dans ce type de maladie et s'assurer que la personne reçoit un traitement adéquat. Pour quelqu'un qui souffre d'une dépression sévère réfractaire et qui refuse catégoriquement les électrochocs, il va falloir qu'on décide qu'il n'est probablement pas admissible à l'aide médicale à mourir dans ce contexte-là. Il va donc falloir qu'un traitement ait été disponible et tenté pendant plusieurs années avant qu'on accepte d'offrir l'aide médicale à mourir à ces patients.

[Traduction]

L'hon. Kristopher Wells: Il y aurait donc là une mesure de sécurité claire déjà en place.

[Français]

Claire Gamache: À notre avis, oui, ce serait nécessaire.

[Traduction]

L'hon. Kristopher Wells: Selon vous, les recommandations cliniques élaborées par l'Association des psychiatres du Canada reflètent-elles les bonnes pratiques?

[Français]

Claire Gamache: À mon avis, c'est le cas. Je peux laisser M. Barbès-Morin répondre à la question, mais nous trouvons ces recommandations très adéquates.

[Traduction]

L'hon. Kristopher Wells: Certains affirment que les psychiatres ne sont pas en mesure de faire la distinction entre suicidabilité et demande d'AMM. Qu'avez-vous à répondre?

[Français]

Claire Gamache: Je pense que c'est ne pas connaître le travail quotidien d'un psychiatre. Ce dernier évalue constamment des idées suicidaires, et il peut discuter de cela avec ses patients pour voir si

cette demande est maintenue dans le temps. Pour nous, c'est un travail quotidien d'évaluer la planification d'un suicide, les tentatives antérieures, l'espoir et ce qui se passe avec les proches.

Nous voulons vraiment que la demande d'aide médicale à mourir se passe à un moment où les gens sont plus stables et apaisés, et non alors qu'ils ont l'impression de ne plus maîtriser la situation.

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci.

Passons au deuxième tour.

Mme Jansen aura trois minutes.

Tamara Jansen: Pour revenir rapidement sur ce que vient de dire la Dre Gamache— et je m'adresse ici aux deux autres témoins —, existe-t-il une disposition prévoyant que la personne doit avoir reçu un traitement adéquat avant de pouvoir obtenir l'AMM?

● (2030)

Karin Neufeld: Non. En fait, je croyais comprendre que, si le patient n'est pas d'accord sur un traitement ou n'est pas disposé à l'envisager, on ne peut pas le contraindre à l'essayer.

Tamara Jansen: Docteur Coelho.

Ramona Coelho: Dans le deuxième rapport de 2024 du Comité d'examen des décès par l'AMM, il est question du cas d'un homme qui a reçu l'AMM alors qu'il avait consulté un psychiatre. Celui-ci lui a dit qu'il pouvait y avoir droit à cause de son handicap. Il a reçu l'AMM alors que ses problèmes de santé mentale et de toxicomanie n'avaient à peu près pas été traités, comme le montre le dossier.

Tamara Jansen: On nous a dit que le refus d'étendre l'AMM aux personnes atteintes de troubles mentaux était discriminatoire; pourtant, parmi les cas que vous avez évalués, de nombreux patients qui ont reçu l'AMM vivaient dans la pauvreté, étaient isolés et ne bénéficiaient d'aucun soutien adéquat. La question s'impose: est-ce de la discrimination que de ne pas proposer l'AMM à des personnes qui ont besoin de soins empreints de compassion?

Ramona Coelho: Voilà une façon très étrange de présenter la médecine, puisque l'AMM relève désormais de la médecine. La médecine populationnelle et fondée sur des données probantes repose sur l'évaluation des risques et des préjudices pour l'ensemble de la population, ainsi que sur la sécurité des patients.

Prenons le cas d'une amputation. On ne peut pas simplement exiger de se faire amputer. Il faut avoir des indications cliniques répondant aux critères applicables. Ce n'est pas de la discrimination que de refuser de pratiquer une amputation. Même si le patient souffre atrocement, nous ne procéderions pas à une amputation si son état peut s'améliorer grâce à des bas de contention, à une revascularisation ou à quelque autre traitement. Nous ne pratiquerions pas d'amputation si celle-ci ne présentait aucun avantage médical pour le patient, même s'il le souhaite. Donc tout ce raisonnement est...

Tamara Jansen: Je suis désolée. Nous sommes vraiment à court de temps.

Je voudrais céder ma dernière minute de temps de parole à mon collègue Andrew Lawton.

Andrew Lawton: Docteur Gamache, la sénatrice Wallin a dit tout à l'heure que nous ne pourrions jamais être sûrs à 100 %. Il existe même des divergences d'opinion au sein du groupe de témoins présents aujourd'hui, comme l'a fait remarquer M. Maloney.

Selon vous, quelle serait une marge d'erreur acceptable lorsqu'il s'agit d'établir un diagnostic ou de classer un cas comme irrémédiable, si la maladie mentale est le seul critère d'admissibilité à l'AMM?

[Français]

Claire Gamache: Je ne peux pas vous parler de probabilité ou de marge d'erreur. Je suis désolée, mais on ne peut pas préciser...

[Traduction]

Andrew Lawton: La marge d'erreur acceptable est-elle supérieure à zéro?

[Français]

Claire Gamache: Elle serait certainement acceptable si elle était de zéro. Il faut s'assurer d'avoir tout fait pour les patients avant d'accepter d'offrir l'aide médicale à mourir.

[Traduction]

Andrew Lawton: S'il y a divergence d'opinions ici, cela ne prouve-t-il pas qu'il y aura une marge d'erreur supérieure à zéro si nous adoptons ce qui est proposé ici?

[Français]

Claire Gamache: Il est vrai que la souffrance et les problèmes psychiatriques chroniques sévères comportent des nuances. L'humain est un être très complexe. Nous sommes d'accord là-dessus. Cela dit, il y aurait probablement une légère marge d'erreur.

[Traduction]

Andrew Lawton: C'est une question de vie ou de mort...

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci.

Je cède maintenant la parole au coprésident. Trois minutes.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Je dois maintenant mettre mon autre casquette.

La Dre Gamache a dit que, à son avis, l'AMM pour cause de maladie mentale serait très rare. D'autres ont exprimé le même point de vue. Le Dr Gupta a évoqué l'obligation de s'entretenir au préalable avec la famille et tous les médecins traitants, et d'avoir épuisé toutes les possibilités de traitement. Le Québec pourrait souhaiter mettre en place un système intégrant ces éléments.

Pourrais-je peut-être vous poser d'abord cette question, docteur Neufeld? Toutes ces mesures de sécurité sont-elles exigées par les dispositions en vigueur?

Karin Neufeld: À ma connaissance, ce n'est pas le cas.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Docteurs Coelho et Neufeld, vous exercez toutes deux la médecine, comme je l'ai fait, aux côtés de nombreux autres médecins.

Docteur Neufeld, vous êtes titulaire d'une chaire de psychiatrie. Vous formez de nombreux psychiatres. Les psychiatres sont-ils tous pareils? Sont-ils tous aussi rigoureux? Vont-ils tous exiger que toutes ces précautions soient prises avant d'intervenir?

Il me semble que certains psychiatres sont fermement convaincus qu'il s'agit là d'un droit exercé en toute autonomie par la personne, et ils estiment non seulement qu'ils ne sont pas tenus de consulter la famille, mais aussi que, si le patient refuse son consentement et qu'ils ne peuvent pas consulter la famille, il n'y a pas d'obligation de recourir à d'autres formes de traitement. Pensez-vous que, dans la pratique, tous les médecins traitants qui dispensent l'AMM feraient preuve d'une telle prudence?

Karin Neufeld: Selon moi, les attitudes sont très hétérogènes, comme vous l'avez constaté ce soir au Comité.

Le coprésident (Marcus Powlowski): À votre avis, docteurs Coelho et Neufeld, y a-t-il des médecins qui, dans le cadre de leur activité professionnelle, gagnent leur vie en pratiquant l'AMM?

● (2035)

Ramona Coelho: Je dirais que bon nombre de cliniciens qui dispensent l'AMM sont très prudents et très compétents, mais il existe un groupe de prestataires qui acceptent un nombre très élevé de cas et déclarent sans ambages avoir une approche très large et accepter des cas que personne d'autre ne prendrait. Ce qui m'inquiète.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Docteur Coelho, j'ai entendu dire que le coroner avait saisi l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario de certains cas. Certains d'entre eux ont-ils donné lieu à des audiences disciplinaires à l'encontre des médecins en cause?

Ramona Coelho: Il n'y en a eu qu'un seul, et c'était au tout début. Un médecin avait établi son propre protocole d'AMM et n'avait pas apporté de trousse d'AMM. En réalité, à ma connaissance, aucun de ces autres cas n'a eu de suites.

Le coprésident (Marcus Powlowski): À votre connaissance, le coroner a-t-il renvoyé d'autres cas à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario?

Ramona Coelho: Non. En tant que membres du CEDA, nous n'avons pas accès à tous les cas dont l'Ordre a été saisi. Nous croyons que l'Ordre a bel et bien été saisi de certains cas, mais nous n'avons eu connaissance d'aucune conclusion qui aurait été tirée, bien que ces cas soient du domaine public. La plupart d'entre nous, y compris ceux qui sont actifs dans les milieux de l'AMM, trouvent cela très préoccupant.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Pourquoi les ordres professionnels — je crois que Tamara Jensen a évoqué ce point — n'ont-ils donné suite à aucun de ces cas?

Karin Neufeld: Question très difficile.

Ramona Coelho: Très difficile, en effet.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Le temps imparti est écoulé, nous devons donc passer à M. Thériault.

Monsieur Thériault, deux minutes.

[Français]

Luc Thériault: Merci, madame la présidente.

Docteur Gamache et docteur Barbès-Morin, vous avez dit tout à l'heure qu'il ne s'agissait pas seulement d'acharnement thérapeutique ou d'inscription d'un patient dans un couloir de soins palliatifs ad vitam æternam. Éventuellement, plus rien ne fonctionne. Là, parce qu'on n'est pas capable de faire un pronostic clair, net et précis, on dit au patient qu'on va soulager sa souffrance du mieux qu'on peut, mais qu'on ne pourra pas le guérir. On lui dit de souffrir. Vous dites que le danger, c'est que, plutôt que d'avoir une mort douce, ces patients vont s'enlever la vie.

En amont, si on élargissait l'aide médicale à mourir aux cas d'AMM TM-SPMI, y aurait-il un effet bénéfique puisqu'on pourrait ainsi faire du dépistage précoce?

Une personne peut lever la main, parce qu'elle pense avoir droit à l'aide médicale à mourir. Même si ce n'est pas le cas, on sait au moins qu'elle souffre d'un certain trouble parce qu'elle a levé la main. Par conséquent, on va la prendre en charge.

Guillaume Barbès-Morin: C'est une excellente question.

Ouvrir le dialogue, c'est un peu l'approche que l'Association des médecins psychiatres a commencé à mettre en place. C'est ce qu'elle préconise depuis le début. Ça veut dire que si une personne souffre, qu'elle est perdue dans tout ça et qu'elle a besoin d'aide, un psychiatre peut ouvrir le dialogue. Il peut évaluer tout ce qui a été fait, mettre en place ce qui manque et, ensuite, voir ce qui va se passer.

J'ai écouté plusieurs discussions récentes. On veut établir un standard vraiment plus élevé quand il s'agit de psychiatrie par rapport au reste de la médecine. Dans tous les champs de la médecine, les évaluations peuvent être différentes d'un médecin à l'autre. Or, là, on est en train de demander que les patients soient évalués par des cliniciens parfaits, qu'il n'y ait aucune voix discordante avant qu'ils puissent avoir accès à ces soins. À mon avis, c'est complètement inadéquat.

En psychiatrie, nous essayons de nous améliorer et de nous baser de plus en plus sur des données probantes, comme tout le monde. Toutefois, il ne faut pas se leurrer. L'ensemble de la médecine est imprécise. Nous essayons de faire mieux, mais c'est imprécis, et c'est comme ça pour toutes les autres disciplines.

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci.

C'est le deuxième tour. Deux minutes chacun.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Pour les sénateurs, c'est à vous, sénatrice Martin.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Ma question s'adresse à la Dre Coelho.

À propos du Comité ontarien d'examen des décès par l'AMM, dont vous avez fait partie, et de l'absence de mesures de sécurité, qu'est-ce qui vous préoccupe à propos de l'extension de l'AMM aux cas de troubles mentaux?

Ramona Coelho: Quelqu'un a déjà posé une question sur l'AMM dans le cas de maladies mentales. Je suis moi-même très préoccupée par la voie 2 de l'AMM.

Le représentant de l'AMPQ... Je suis désolée, j'ai oublié votre nom. En fin de vie, il y a beaucoup d'incertitudes, même en cas d'invalidité. Les facteurs psychosociaux ont un impact réel sur la souffrance. Si une personne ne peut plus travailler, elle est réduite à la pauvreté et perd son cercle social, ce qui ne fait qu'accroître son désespoir, aggraver son désarroi et renforcer son désir de mourir.

Je crains vraiment que les mesures de sécurité mises en place pour toutes les personnes qui ne sont pas en fin de vie ne soient tout simplement insuffisantes, d'autant plus que nous n'avons aucun organisme de surveillance — on m'a posé des questions à ce sujet — qui veille réellement au respect des normes et empêche toute dérive au sein d'un groupe peut-être très restreint de cliniciens qui pratiquent l'AMM. Ils sont très dangereux, car chaque vie compte.

• (2040)

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Docteure Neufeld, craignez-vous que l'extension du régime d'AMM ne soit pas assortie de mesures de sécurité suffisantes?

Karin Neufeld: Oui, tout à fait, sénatrice Martin. Je crains fort que nous ne prenions une mauvaise décision si nous étendons ce dispositif aux maladies mentales, étant donné l'absence de mesures de sécurité.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je n'ai pas assez de temps pour poser une troisième question à proprement parler, mais je vais profiter du temps qu'il me reste pour dire simplement que j'ai rencontré en Colombie-Britannique quelqu'un qui est directement concerné. Cet homme a été victime d'un accident et est devenu invalide. Il n'a pas fait de demande tout de suite, mais il est aux prises avec des difficultés d'ordre juridique et médical, et le fait qu'il soit si inquiet pour les autres à qui on propose l'AMM et qui choisissent cette option... La dimension de la santé mentale occupe beaucoup de place dans leur expérience.

Je partage vos préoccupations au sujet de l'absence de mesures de sécurité.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, sénatrice Martin.

Honorable sénatrice Moodie, deux minutes.

L'hon. Rosemary Moodie: Ma question s'adresse à la Dre Coelho.

Puisque vous avez abordé la question de la voie 2, je me demande si vous êtes au courant des statistiques suivantes. Je parle bien de statistiques, et non d'approximations comme « beaucoup » ou « un grand nombre ».

Savez-vous que, « alors que le nombre de cas d'AMM continue d'augmenter, celui des cas concernant des personnes dont le décès naturel n'est pas prévisible, la voie 2, a en réalité diminué en 2023 et que ces cas restent extrêmement rares », représentant 0,09 % des décès?

Savez-vous que « 95 % des patients de la voie 2 ayant déclaré un handicap ont bénéficié de services d'accompagnement »?

Savez-vous que « seuls quatre patients, 3 % de la voie 2, avaient auparavant été jugés inéligibles à l'AMM, et qu'il n'existe aucune preuve que ces cas s'expliquent par une recherche de médecin complaisant »? Cela contraste avec un cas où l'évolution de l'état de santé d'un patient serait la cause.

Savez-vous que « l'incidence de l'isolement ou du sentiment d'être un fardeau chez ceux qui reçoivent l'AMM est soit identique, soit inférieure à celle observée chez les personnes vivant dans leur milieu ou en phase terminale qui ne sollicitent pas l'AMM, ce qui donne à penser que ces facteurs ne motivent pas le recours à l'AMM de manière significative »?

Enfin, saviez-vous ceci? « Les patients qui reçoivent l'AMM sont beaucoup plus nombreux à vivre dans des logements privés et moins en résidence ou en établissement de soins de longue durée que les personnes qui décèdent de mort naturelle. De nombreux patients âgés qui reçoivent l'AMM vivent seuls, mais dans des proportions très similaires à la moyenne de la population de leur tranche d'âge, ce qui donne à penser, là encore que ce n'est pas un facteur déterminant dans le recours à l'AMM. »

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Il ne reste plus que 15 secondes.

Ramona Coelho: Je dirais simplement qu'être blanc, riche ou issu d'un milieu privilégié ne signifie pas qu'on n'est pas vulnérable en fin de vie. Les rapports de Santé Canada produits par les prestataires d'AMM...

Pardon?

La sénatrice Rosemary Moodie: Les 15 secondes sont écoulées.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Le témoin avait encore quelques secondes.

Avez-vous terminé votre dernière phrase?

Ramona Coelho: Ce n'est pas grave.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): D'accord.

Sur ce, merci beaucoup de votre témoignage de ce soir, et merci d'avoir répondu à toutes nos questions.

Nous allons faire une très brève pause avant de passer au troisième groupe de témoins.

• (2043) _____ (Pause) _____

• (2045)

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Chers collègues, commençons.

Pendant que les participants regagnent leurs places, je vais vous présenter les témoins du troisième et dernier groupe.

Un grand merci aux témoins de comparaître à une heure aussi tardive.

Deux témoins se joignent à nous à titre personnel par vidéoconférence. Il s'agit du Dr Harvey Max Chochinov, professeur distingué en psychiatrie à l'Université du Manitoba, et du Dr Pierre Gagnon, psychiatre.

Je vous invite à livrer votre exposé liminaire. Vous disposez chacun de cinq minutes.

Nous commencerons par le Dr Chochinov.

Harvey Max Chochinov (professeur distingué en psychiatrie, Université du Manitoba, à titre personnel): Merci. Je vous suis reconnaissant de m'accueillir ce soir.

Je m'appelle Harvey Max Chochinov. Je suis professeur distingué en psychiatrie à l'Université du Manitoba et chercheur principal à l'institut de recherche ActionCancer Manitoba. En 2015, j'ai présidé le Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*.

Depuis plus de 35 ans, j'étudie les dimensions psychosociales des soins palliatifs, les questions liées à la qualité de personne et à la dignité dans le milieu des soins de santé. Ce que j'apporte au débat sur l'AMM, ce sont mes travaux sur la souffrance humaine et mes recherches visant à comprendre pourquoi certains peuvent souhaiter mourir.

Au vu de l'ensemble de ces travaux, je ne peux pas être d'accord pour qu'on étende le régime d'AMM aux patients dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale. J'ai soigné des patients affectés par une suicidabilité chronique, des patients dont la souffrance semblait irrémédiable, des patients dont je craignais qu'ils ne mettent fin à leurs jours à un moment donné.

Je me souviens d'une femme souffrant d'une dépression accablante qui vacillait dangereusement entre la vie et la mort. Un jour, après des années marquées par d'innombrables essais de médicaments, hospitalisations, électroconvulsivothérapie et diverses interventions psychosociales, elle s'est présentée à son rendez-vous, trois semaines après avoir commencé un nouveau traitement antidépresseur, avec un large sourire aux lèvres. « La porte est violette », a-t-elle dit. Je lui ai fait remarquer qu'elle avait toujours été de cette couleur, ce à quoi elle a répondu: « Je sais... mais maintenant, cela m'intéresse ».

Avant ce moment-là, personne — ni moi, ni ses amis ou sa famille, ni aucun membre du Comité, ni aucun évaluateur d'AMM — n'aurait pu prévoir son rétablissement. La pierre angulaire de ses soins, et de la prévention du suicide en général, était cet engagement indéfectible en faveur du maintien des liens avec autrui.

La relation thérapeutique est l'élément clé de toute intervention psychologique réussie. Des données solides montrent que le facteur le plus déterminant pour la suicidabilité, même chez les patients atteints d'un cancer à un stade avancé, est la force du lien qui les unit à leurs prestataires de soins de santé. Nos études montrent que ce sentiment d'être en relation va de pair avec un sentiment de dignité, et que la perte de dignité est corrélée à la suicidabilité et au désir de mort.

Nos publications sur les soins respectueux de la dignité et l'*intensive caring*, ou « accompagnement intensif » viennent enrichir le vocabulaire et la réflexion scientifiques sur la souffrance humaine. Il a été établi que des interventions telles que la thérapie de la dignité, qui repose sur des considérations relatives à la qualité de personne et au legs que le patient souhaite laisser, ciblent les fondements psychologiques de la suicidabilité et des demandes d'AMM, notamment la perte de dignité et d'autonomie, la perte de contrôle, le sentiment d'être un fardeau ainsi que la perte de sens et de raison d'être.

Des témoins ont dit au Comité qu'il existait un consensus parmi les spécialistes: le Canada est prêt à mettre en place l'AMM pour les personnes atteintes de troubles mentaux. C'est une fausseté. Ce que cela signifie réellement, c'est qu'il existe un petit groupe non représentatif de prestataires d'AMM prêts à dispenser l'AMM dans ces cas. Bien que le document élaboré par le comité de l'Association des psychiatres du Canada chargé de l'élaboration de lignes directrices sur l'AMM propose des orientations, il ne dit malheureusement pas comment cerner les patients ayant des souffrances irrémédiables, ni comment distinguer AMM et suicidabilité.

Il faut tenir compte d'un autre groupe qui est prêt à agir: les psychiatres, les médecins de famille, les psychologues, les travailleurs sociaux, les conseillers en santé mentale et les aumôniers canadiens — en d'autres termes, les personnes qui prennent en charge des patients aux prises avec des troubles mentaux chroniques, troubles qui s'accompagnent souvent d'idées suicidaires, de dégoût de soi et d'un sentiment de marginalisation. L'ajout de l'AMM pour cause de maladie mentale viendra modifier la dynamique thérapeutique de chaque consultation clinique. Cela supprime le garde-fou essentiel du contrat thérapeutique, qui consiste à valoriser la poursuite de l'existence des patients, à affirmer que leur vie a de l'importance et à maintenir un lien solide.

Voilà ce qui, plus que toute autre intervention auprès des patients aux idées suicidaires, les maintient en vie. Il n'est donc pas étonnant que moins de 30 % des psychiatres soient favorables à l'AMM dans les cas de maladie mentale, et encore moins de dépression réfractaire au traitement ou de troubles de la personnalité. Ces patients vivent avec de la suicidabilité chronique et ne survivent que grâce à des soins de longue durée et à l'accompagnement qui leur est proposé.

Certains soutiennent que, si l'AMM reste interdite pour les personnes atteintes de troubles mentaux, des patients continueront de souffrir et songeront même au suicide, parmi ceux qui ne veulent pas, ou ne peuvent pas, devrais-je dire, recevoir les soins appropriés; mais il n'y a pas de position neutre. Si nous disons à tort aux patients qu'ils ne guériront jamais et si nous leur faisons entrevoir la possibilité de mettre fin à leur vie, beaucoup de patients qui auraient pu se rétablir opteront pour cette solution. Combien feront la queue pour obtenir l'AMM? Selon le Dr Scott Kim, on peut s'attendre à un nombre de demandes se situant entre 2 500 et 5 000 par an, d'après une extrapolation faite à partir de données néerlandaises. Environ la moitié d'entre eux bénéficieront de l'AMM pour cause de maladie mentale grave.

Comme l'exactitude des pronostics est limitée, au moins la moitié des patients qui auront franchi ce pas auraient pu voir leur état s'améliorer. Et la proportion serait vraisemblablement plus élevée si on tient compte du fait que la plupart des patients atteints de troubles mentaux graves connaissent un rétablissement significatif ou une amélioration durable au cours de leur vie.

• (2050)

La mission Artemis II occupe actuellement tous les esprits. L'occasion est peut-être bonne pour dire: « Ottawa, nous avons un problème. » Pour toutes les raisons que j'ai exposées, cette mission, l'AMM pour les personnes atteintes de troubles mentaux, devrait être annulée.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci beaucoup.

Nous allons maintenant écouter le Dr Gagnon.

[Français]

Pierre Gagnon (psychiatre, à titre personnel): Bonsoir.

Je suis heureux d'être ici pour discuter avec vous dans le cadre de cette étude.

Je suis psychiatre depuis 35 ans. Je suis spécialisé en psycho-oncologie en soins palliatifs. Je suis professeur titulaire au Département de psychiatrie et de neurosciences de la Faculté de médecine de l'Université Laval, où j'ai été le directeur pendant huit ans, de 2017 à 2025. Je me suis également impliqué dans la recherche en soins palliatifs en tant que directeur du Réseau québécois de recherche en soins palliatifs et de fin de vie du Fonds de recherche du Québec en santé.

Vous avez vu dans mon mémoire que j'ai commencé par une illustration clinique du type de patient qui est souvent décrit dans les articles. On parle d'une personne souffrant d'un trouble de personnalité limite qui évolue depuis deux décennies, qui a fait de très nombreuses tentatives de suicide et qu'on dit réfractaire à tous les traitements. La personne nous dit qu'elle veut mourir, mais sa trajectoire change de façon tout à fait inattendue. Elle est atteinte d'une maladie physique, un cancer, et elle se rend compte qu'elle ne veut pas tant que ça mourir. Elle développe une relation très impor-

tante avec une bénévole au centre de soins palliatifs, qui change complètement sa perception quant à sa maladie et à sa vie.

Je crois que c'est ce que nous essayons de dire, nous, les psychiatres. Nous avons acquis beaucoup d'expérience par rapport à la souffrance au cours de notre carrière. Face à la souffrance, la médecine dispose de tout un arsenal thérapeutique, technologique et pharmaceutique. Cependant, en psychiatrie, nous avons aussi la chance d'offrir une relation qui peut changer complètement le cours d'une vie. C'est ce qui fait que le désir de mourir est un symptôme intrinsèque à la maladie psychiatrique.

Il est très difficile de différencier un désir authentique supposé autonome d'un désir d'aide médicale à mourir. Comme le cas l'a illustré, l'incertitude quant au pronostic est également constitutive de la psychiatrie. Même pour un cas extrêmement sévère comme celui que j'ai décrit — il pourrait y en avoir d'autres —, il peut parfois y avoir un changement inattendu. Il faut donc toujours rester ouvert à ça et maintenir de l'espoir. Ça fait que le critère d'irréversibilité n'est pas rempli dans le cas de la maladie mentale.

De plus, le refus de traitement est une composante intrinsèque de la maladie. Il est très fréquent que nous soyons obligés de traiter des patients contre leur gré, et ils s'améliorent de façon très importante. C'est donc un élément constitutif de la maladie.

On dit souvent que si on ouvre l'euthanasie aux gens qui ont des troubles mentaux, il serait question de seulement quelques cas rares extrêmement complexes. Or, les études semblent démontrer qu'au contraire, on a beaucoup de cas psychiatriques courants, de dépressions, de troubles de la personnalité, de difficultés sociales ou de pauvreté socioéconomique. Ça joue également un rôle très important. D'ailleurs, ça a peut-être conduit le Québec à freiner cette option.

Ça devient aussi très compliqué, tant pour les soignants que pour les patients et les familles. On est dans la souffrance et dans le drame pendant des années, et il peut y avoir une certaine fatigue de compassion qui s'installe. Tout devient un peu mélangé, et ça devient très difficile de voir clair dans ces situations. Prendre une décision aussi fondamentale devient ainsi extrêmement difficile.

De plus, les soins palliatifs psychiatriques faisant appel à des traitements expérimentaux sont peu développés, contrairement à ce qui se passe en médecine physique. Ils mériteraient d'être davantage développés. On parle ici d'interventions pharmacologiques innovantes en cours d'études, comme le recours à la psilocybine ou à la kétamine, et de techniques de neurostimulation diverses. En tant que directeur du Département, j'ai pu voir qu'on laisse de côté beaucoup de développements potentiels.

L'élargissement nous semble inapproprié, voire dangereux. En effet, les décisions sont irréversibles et mortelles. Il est aussi contraire au devoir déontologique du médecin qui doit offrir tout l'arsenal thérapeutique possible.

• (2055)

C'est aussi en rupture avec la médecine moderne. C'est pourquoi plusieurs provinces ou territoires, notamment le Québec, ont choisi de fermer la porte à l'euthanasie. Je crois qu'il devrait en être ainsi au Canada également.

Je vous remercie de votre attention.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci beaucoup.

[Traduction]

Merci aux deux témoins.

Nous allons passer à la première série de questions, et les cinq premières minutes seront accordées à M. Patzer.

Jeremy Patzer (Swift Current—Grasslands—Kindersley, PCC): Un grand merci aux deux témoins. J'ai beaucoup aimé vos témoignages.

Je vais commencer par le Dr Chochinov.

Pourriez-vous étoffer un peu plus? Vous avez acquis une expérience considérable. Sauf erreur, vous avez dit avoir passé 35 ans à étudier la souffrance humaine et à concevoir des interventions ciblant spécifiquement le désir de mourir. Je me pose toutefois des questions. À propos du patient dont la souffrance semble irrémédiable et qui a perdu tout sentiment de dignité et toute raison d'être, que disent les données sur ce qu'il est réellement possible de lui offrir, et quels résultats avez-vous observés au cours de vos 35 années d'expérience?

• (2100)

Harvey Max Chochinov: Magnifique question. Je limiterai mes réponses aux travaux auxquels j'ai contribué, même si de nombreux collègues du monde entier travaillent dans ce domaine, tentant de mieux comprendre la souffrance humaine grâce à la psycho-oncologie et de trouver des moyens de prendre en compte les aspects psychologiques d'une maladie grave.

Nous avons mis au point une approche appelée « thérapie de la dignité », qui consiste à aider les patients à retrouver le fil de leur récit, à raconter leur parcours et à préserver leur héritage. À l'origine, cette approche a été conçue dans le contexte des soins palliatifs. Elle a également été utilisée auprès de patients atteints de troubles mentaux. Un essai randomisé contrôlé portant sur la thérapie de la dignité chez des patients souffrant de dépression majeure a récemment été mené, et les résultats ont montré que le fait d'offrir cette possibilité aux patients leur donnait effectivement plus d'espoir.

J'ai également créé un concept que j'appelle l'accompagnement intensif. Cette étude a été publiée dans le *Journal of Clinical Oncology*. Ce cadre conceptuel est désormais publié en plusieurs langues et diffusé dans le monde entier. Il s'agit essentiellement d'un changement de paradigme destiné aux prestataires de soins de santé.

Dans la vie comme en médecine, nous sommes souvent placés devant des situations vraiment sans issue, mais cela ne signifie pas pour autant que nous n'avons pas un rôle à jouer en faisant preuve d'une grande attention. L'accompagnement intensif désigne certaines attitudes fondamentales que les prestataires de soins de santé peuvent adopter envers leurs patients afin d'échanger avec eux de manière qu'ils se sentent moins impuissants et plus valorisés — par exemple, simplement en étant présent, en s'engageant à ne pas les abandonner, en étant à leur écoute et en leur accordant toute leur attention.

Il est difficile de résumer brièvement 35 ans de travail, mais lorsque j'ai rédigé un article pour m'opposer à l'AMM il y a quelques années, un jeune homme m'a répondu avec beaucoup de colère. Il souffrait d'une grave maladie mentale, et en substance, il essayait de me dire: « Chochinov, allez vous faire voir. C'est ma décision. C'est ce que je veux. Je souffre, et qui êtes-vous pour vous en mêler? »

Je lui ai répondu, en repensant à l'idée que nous devons faire preuve de respect, nouer des liens, être bienveillants et reconnaître l'authenticité de l'expérience du patient. J'ai répondu: « Merci de m'avoir rappelé l'angoisse suscitée par une maladie mentale grave. » À la fin de notre échange, j'ai failli tomber de ma chaise. Presque immédiatement, il m'a répondu en disant: « Merci. Le simple fait de correspondre avec vous m'a redonné l'espoir. Peut-être pas l'espoir que ma maladie s'atténuera, mais qu'il existe des médecins qui se soucient réellement de moi. »

Le Dr Gagnon a évoqué les relations et les liens qu'il est possible de nouer. Il semble assez bien établi que, même en oncologie, l'intensité des liens entre le patient et le prestataire de soins est le facteur prédictif le plus déterminant de la suicidabilité. Nous sommes portés à penser que nous ne pouvons rien faire pour une personne donnée. Nous devons nous engager à affirmer que nous avons bel et bien quelque chose à faire pour les patients. Nous ne sommes peut-être pas en mesure de les guérir, mais nous nous engageons à être présents, et lorsque nous sommes présents, nous savons que nous pouvons offrir un réconfort susceptible de transformer leur expérience.

Jeremy Patzer: Vous avez mis dans le mille.

Si on examine plus particulièrement les chiffres au Canada, on constate qu'environ 100 000 personnes, voire davantage, ont déjà mis fin à leurs jours en recourant à l'AMM. Vous avez évoqué d'autres chiffres, en vous reportant au modèle néerlandais.

Avez-vous d'autres préoccupations concernant ce que traduisent les données statistiques colligées à l'échelle mondiale, et cela pourrait-il être pour nous un avertissement, si nous devons poursuivre la démarche et offrir l'AMM dans les cas de la voie 2?

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Répondez très brièvement, docteur Chochinov.

Harvey Max Chochinov: Je m'en tiens aux données probantes. Scott Kim a estimé le nombre de cas auxquels on peut s'attendre en fonction du nombre de demandes observées aux Pays-Bas. Même si certains disent qu'il s'agit d'un nombre infime, on parle ici de 2 500 à 5 000 Canadiens atteints de troubles mentaux graves qui, chaque année, présenteraient une demande, dont environ la moitié obtiendraient ensuite l'AMM.

Cela me préoccupe profondément, sans même parler des dommages collatéraux.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme Jaczek pour cinq minutes.

• (2105)

L'hon. Helena Jaczek: Merci. Je partagerai mon temps de parole avec M. Maloney.

Merci aux deux témoins. Vous avez exposé très clairement vos positions.

Ici, au Canada, il va de soi qu'aucun de vous ne serait jamais tenu de participer, de quelque façon que ce soit, à l'aide médicale à mourir si elle devenait éventuellement accessible lorsque le trouble mental est le seul problème médical sous-jacent. Cela dit, comme je l'ai indiqué, vos positions sont très claires; si cela devait devenir légal au Canada, voyez-vous des mesures de sauvegarde ou des conditions particulièrement rigoureuses qui devraient être mises en place avant qu'on permette le recours à l'AMM dans ces cas? L'un ou l'autre d'entre vous en voit-il?

Harvey Max Chochinov: Écoutez, on pourrait avancer qu'il faudrait, par exemple, qu'une personne vive avec une maladie grave pendant un certain temps avant d'être admissible, ou qu'elle doive avoir reçu un certain nombre de traitements avant d'être admissible. Or, rien de cela n'a été proposé. Nous avons eu amplement l'occasion de dire qu'il fallait fixer la barre très haut, mais personne n'a précisé où cette barre devait être placée.

Or, même si on plaçait la barre très haut, il y a deux choses que nous ne pouvons pas résoudre. Nous ne pouvons pas prévoir avec certitude. Même dans le cas du patient que j'ai décrit, cela s'est déroulé sur plusieurs années. Nous ne pouvons pas prédire qui ira mieux et qui n'ira pas mieux, alors que nous savons qu'avec le temps, la grande majorité s'améliore.

Enfin, nous ne pouvons pas distinguer une demande d'AMM de la suicidabilité chez les patients atteints d'une maladie mentale chronique qui présentent une suicidabilité chronique.

L'hon. Helena Jaczek: Auriez-vous des mesures de sauvegarde à proposer si cela était autorisé? La Dre Gamache nous en a suggéré quelques-unes dans le groupe précédent. Pensez-vous que certaines conditions pourraient être imposées?

Harvey Max Chochinov: Si nous voulons véritablement répondre aux besoins des patients ayant des problèmes de santé mentale, il faut considérer l'ensemble de leur souffrance. Pour parler de l'AMM comme...

L'hon. Helena Jaczek: Ma question s'adressait en fait au Dr Gagnon.

[Français]

Pierre Gagnon: Comme le Dr Chochinov l'a dit, il y a une différence fondamentale entre les troubles psychiatriques et les troubles physiques. La volonté de mourir et l'idée suicidaire sont intrinsèques à la maladie psychiatrique. D'après mon expérience et ce que je vois dans la littérature scientifique, il n'y a pas vraiment de façon de pouvoir différencier une demande authentique d'aide médicale à mourir d'une demande d'un individu suicidaire dont l'état va s'améliorer. J'ai bien de la difficulté à voir comment on pourrait en arriver à des balises ou à des directives qui pourraient complètement nous rassurer.

Évidemment, c'est tragique. C'est ce que je répondrais pour l'instant.

[Traduction]

L'hon. Helena Jaczek: Merci.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Monsieur Maloney, il vous reste une minute et 10 secondes.

James Maloney: Merci.

Cette question s'adresse à vous deux. Êtes-vous d'accord pour dire que les mesures de sauvegarde qui seraient mises en place devraient s'appliquer uniformément et de manière cohérente d'une ville à l'autre au sein d'une même province?

Harvey Max Chochinov: Oui.

James Maloney: Craignez-vous que ce ne soit pas le cas?

Harvey Max Chochinov: Oui.

James Maloney: Si l'on considère l'ensemble du pays, d'une province à l'autre, vos préoccupations s'accroissent-elles?

Harvey Max Chochinov: Oui.

James Maloney: Craignez-vous que des gens consultent plusieurs médecins jusqu'à obtenir la réponse souhaitée ou, d'une province à l'autre, se tournent vers le ressort le plus favorable afin d'obtenir la réponse souhaitée?

Harvey Max Chochinov: Oui.

James Maloney: Selon vous deux, s'agit-il là de bonnes raisons de ne pas aller de l'avant avec l'élargissement de l'AMM lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué?

Pierre Gagnon: C'est l'une des raisons.

Harvey Max Chochinov: Ce ne sont là que quelques-unes des nombreuses raisons.

James Maloney: Mon temps est presque écoulé. Je vais m'arrêter là.

Merci.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à M. Thériault.

Vous avez cinq minutes.

• (2110)

[Français]

Luc Thériault: Merci.

Docteur Gagnon, j'imagine que vous avez pris connaissance du rapport du groupe d'experts, présidé par la Dre Gupta, qui a été déposé lors de la dernière législature et qui a éclairé le Comité.

J'imagine que vous connaissez les recommandations. N'y avait-il pas, dans ce rapport et dans ces recommandations, un certain nombre de balises et de principes de précaution qui permettaient de répondre de façon nuancée à ce que vous espérez?

Sachant que la psychiatrie ne peut pas prédire avec certitude la guérison ou la non-guérison d'un patient et que, pendant des décennies, il souffre, vous êtes tout de même en mesure d'établir sa capacité décisionnelle. Dans le rapport, il est indiqué qu'on ne peut jamais commencer une conversation sur l'aide médicale à mourir avec un patient quand celui-ci est en état de crise suicidaire ou quand l'évaluateur juge que les vulnérabilités structurelles causent le mal-être. Il y a quand même un certain nombre d'énoncés et de nuances qui sont exprimées et qui tiennent compte de vos craintes. Quand le Québec a pris la décision de ne pas aller de l'avant, ce rapport n'avait pas encore été déposé.

À la lumière de ce qu'il y a dans ce rapport, n'y aurait-il pas moyen de vous y retrouver? Au bout du compte, êtes-vous totalement contre toute forme d'aide médicale à mourir?

Pierre Gagnon: Encore une fois, la question qui nous intéresse, pour ce qui touche les troubles psychiatriques, c'est la différence intrinsèque entre la maladie physique et la maladie psychiatrique. Même s'il y a des points de repère, nous avons vu des cas où des personnes n'ont pas l'air d'être en état de crise, mais qui sont quand même dans un état maladif qui influe profondément sur leur jugement et qui s'en sortent. Tout à l'heure, j'ai donné un exemple provenant de mon mémoire.

Luc Thériault: Nous allons le lire, mais nous ne l'avons pas encore reçu.

Pierre Gagnon: Le cas dont j'ai parlé est celui d'une dame qui, depuis des décennies, avait un trouble de personnalité limite et qui voulait mourir. Tout à coup, il est arrivé quelque chose dans sa vie. Ça faisait 20 ans qu'elle disait vouloir mourir, mais, tout à coup, son état de santé a changé.

L'état des gens peut changer, même s'ils ne semblent pas nécessairement être en crise. C'est en raison de cette expérience que nous avons des doutes sur ce genre de critères, qui sont présents, mais qui ne touchent pas vraiment ce qui différencie fondamentalement les troubles psychiatriques des problèmes de santé physique.

• (2115)

Luc Thériault: Si on dit qu'il n'est pas question d'ouvrir cette voie et qu'on ferme le dossier, n'est-on pas en train de condamner un certain nombre de personnes? Il s'agit d'un petit nombre de personnes, mais c'est quand même à considérer.

C'est comme, j'imagine, le fait qu'il y a un petit nombre de personnes qui vous ont échappé pendant vos années de pratique, et qui se sont suicidées.

N'est-on pas en train de condamner ces gens à rester dans un couloir de soins palliatifs ad vitam æternam? C'est-à-dire qu'on peut ajuster la médication ou le traitement pour soigner leur douleur ou leur souffrance, mais on ne pourra jamais les guérir. On va les maintenir dans leurs souffrances éternelles.

Cela n'existe-t-il pas, en psychiatrie?

Pierre Gagnon: C'est un peu ce que le Dr Chochinov a expliqué. Il y a les médicaments, mais il y a beaucoup d'autres interventions possibles sur le plan humain. L'établissement d'une relation en est une. Pour apaiser la souffrance, il y a la technique, les médicaments, les électrochocs et la stimulation magnétique, mais il y a aussi d'autres d'interventions possibles, comme l'établissement d'une relation, la psychothérapie, l'art-thérapie et plein de choses que nous n'offrons pas aux patients.

D'ailleurs, lorsque nous travaillons en soins palliatifs physiques et en psychiatrie, nous voyons que la psychiatrie est un parent pauvre pour ce qui est des diverses interventions. Nous les offrons souvent très facilement aux patients en soins palliatifs physiques, pourquoi ne pas les offrir aux patients en psychiatrie? Vous ne verrez pas couramment de musicothérapie ou d'art-thérapie dans les départements de psychiatrie, alors que vous en verrez couramment en soins palliatifs physiques.

Il y a encore tellement de choses à faire au-delà des essais pharmacologiques et des essais de neurostimulation. La psychothérapie, qui existe déjà, n'est pas suffisamment offerte.

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci. Le temps imparti est écoulé.

Nous passons maintenant aux questions des sénateurs.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Sénateur Dalphond, je vais essayer cette fois de limiter les interventions à deux minutes, puisque nous tentons de terminer. Nous devons absolument terminer à 21 h 45.

L'hon. Pierre Dalphond: Merci.

Vous soulevez deux points. Premièrement, il y a le caractère irrémédiable de la maladie. Vous dites qu'il est difficile de prédire qui se trouve dans une situation irrémédiable et qui ne s'y trouve pas,

ou ne s'y trouvera pas un jour. Deuxièmement, si je vous comprends bien, la nature particulière de la relation thérapeutique entre le patient et le praticien, le psychiatre, diffère dans une certaine mesure de celle de la médecine « classique ».

Pourriez-vous développer ce point, ou ai-je mal compris?

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je suis désolée, sénateur, vous disposerez de trois minutes au total.

Harvey Max Chochinov: J'ai commencé par dire qu'il y avait deux grands problèmes. Le premier, qui ne sera pas réglé même avec un nouveau report, c'est que nous ne pouvons pas prédire qui ira mieux et qui n'ira pas mieux. Le second, c'est que nous ne pouvons pas distinguer la suicidabilité dans le contexte d'une maladie mentale chronique des demandes authentiques d'AMM.

Pour ce qui est de la relation thérapeutique, puisque je crois que c'est ce que vous me demandez de développer, nous savons que, lorsqu'on examine l'efficacité de toute intervention psychologique, tout repose sur l'alliance thérapeutique. C'est la solidité de cette alliance qui semble être le facteur le plus utile pour prédire une issue favorable.

Or, on oublie souvent cela. On entend parfois dire: « Nous ne pouvons rien faire de plus. » Ces mots devraient être bannis du vocabulaire de quiconque soigne des patients atteints de maladies chroniques, car ce que nous pouvons toujours faire, c'est être présents. Nous pouvons être attentifs. On pourrait dire que cela peut sembler banal, et pas très profond. Pourtant, des études montrent qu'en l'absence d'une telle approche, le taux de suicidabilité augmente.

L'hon. Pierre Dalphond: N'y a-t-il pas une pénurie de ressources pour offrir cela? En psychiatrie, nous manquons de psychiatres...

Harvey Max Chochinov: Je crois que vous demandez si nous avons les moyens de faire cela. J'inverserais la question: pouvons-nous nous permettre de ne pas le faire?

Si nous ne le faisons pas, que nous reste-t-il? Des personnes qui se sentent abandonnées, seules, et qui ont l'impression que personne ne se soucie d'elles. Ce sont ces sentiments qui mènent au désespoir, et nos études montrent que le désespoir est le facteur prédictif le plus puissant du suicide.

L'hon. Pierre Dalphond: Je comprends.

Merci.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, sénateur Dalphond.

Sénatrice Martin, vous avez trois minutes.

L'hon. Yonah Martin: Ma question s'adresse au Dr Chochinov.

Dans votre réponse au sénateur Dalphond, vous avez parlé de la relation thérapeutique que vous entretenez avec vos patients et de son importance, et vous avez dit qu'elle repose sur l'engagement clair du clinicien envers l'idée que la vie du patient a de la valeur et vaut qu'on se batte pour elle. J'essaie d'imaginer des psychiatres et des professionnels de la santé devoir offrir l'AMM ou en parler, et ce que cela fait à cette relation. Je pense que vous nous avez déjà donné quelques exemples, notamment lorsque vous dites qu'il faudrait bannir cette phrase: « Nous ne pouvons rien faire de plus. »

Quelle importance cette relation revêt-elle? Et, lorsque vous parlez de l'AMM comme option, qu'est-ce que cela fait à la profession elle-même?

Harvey Max Chochinov: Cet engagement fondamental à continuer d'être présent est essentiel. Si vous retirez ce garde-fou, comme je l'ai dit dans ma déclaration, vous modifiez la chimie thérapeutique.

Ce n'est pas seulement quelque chose avec quoi les 200 ou 500 psychiatres environ qui se disent prêts à se porter volontaires doivent être à l'aise. Il y a des dizaines de milliers de professionnels de la santé mentale qui... Enfin, des gens m'ont dit craindre que, dès que ces garde-fous seront levés, des patients qu'ils accompagnent depuis des années, voire des décennies, choisissent tout simplement l'AMM.

L'autre chose que je pensais que vous alliez me demander, c'est ce qui se passe si nous sommes obligés d'aborder l'option de l'AMM. Je tiens à souligner que demander à quelqu'un s'il a envisagé l'AMM n'est pas une communication anodine. C'est comme découvrir que la ciguë figure au menu de ce que vous croyiez être votre restaurant familial habituel. Personne ne dit que vous devez en commander. Personne ne dit que cela devrait figurer parmi vos premiers choix. Mais on vous dit que les serveurs sont prêts à vous apporter de la ciguë, qu'ils ont accepté la possibilité que vous puissiez la choisir, et que ce choix vous appartient entièrement.

Le fait d'être forcé d'aborder l'AMM comme option dans le cas d'un trouble mental vient réellement confirmer les angoisses les plus profondes des patients, à savoir que leur vie n'a peut-être vraiment aucune valeur, qu'elle est dépourvue de sens et que se voir offrir la mort constitue une option appropriée.

• (2120)

La coprésidente (l'hon. Yonah Martin): Je n'ai rien d'autre à ajouter, sinon dire à quel point il me semble ironique que ce soit de cela que nous parlions: des psychiatres qui devraient parler de l'AMM comme d'une option possible, ou qui choisiraient de le faire. Le fait que cela puisse arriver me semble être l'une des situations les plus inconcevables pour la profession elle-même.

Mon temps est écoulé. Je vais passer à la prochaine intervention.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Sénatrice Moodie, vous avez trois minutes.

L'hon. Rosemary Moodie: Merci, monsieur le président.

Docteur Gagnon, je crois vous avoir entendu exprimer l'avis qu'il est impossible pour les psychiatres de déterminer si une personne atteinte d'un trouble mental souffre d'un problème médical grave et irrémédiable, ou encore si, en fait, elle n'est pas suicidaire. Or, l'Association des psychiatres du Canada a élaboré des lignes directrices sur la façon d'évaluer ces questions. L'AMPQ estime également que de telles évaluations sont possibles, ce qui laisse entendre que l'impossibilité dont vous avez parlé ne reflète pas réellement l'état des connaissances en psychiatrie.

Auriez-vous des commentaires à ce sujet?

Pierre Gagnon: Oui.

[Français]

Ces rapports et ces documents ne découlent pas toujours de la science pure. Ils émanent de consensus établis par plusieurs psychiatres qui s'intéressent particulièrement au sujet. Quand nous

avons parlé à nos collègues pour les premiers mémoires que nous avons envoyés, il était facile de trouver d'autres collègues — des directeurs de département, par exemple — qui disaient que ce n'était pas possible. La question fait donc toujours l'objet de discussions. Certains groupes de psychiatres ont dit que c'était possible, mais d'autres ont dit que ça ne l'était pas.

[Traduction]

L'hon. Rosemary Moodie: Merci beaucoup.

Docteur Chochinov, avez-vous déjà demandé à un patient dont vous vous occupez s'il avait envisagé le suicide? Nous appelons cela des idées suicidaires.

Harvey Max Chochinov: Ai-je déjà demandé à des patients s'ils avaient envisagé le suicide?

L'hon. Rosemary Moodie: Oui.

Harvey Max Chochinov: Tout à fait.

L'hon. Rosemary Moodie: D'après votre expérience, cela a-t-il amené une tentative de suicide, ou amené ce patient à vouloir se suicider? Vous avez établi un lien selon lequel une discussion sur l'AMM amènerait une personne à vouloir l'AMM.

Harvey Max Chochinov: Oui, mais vous faites erreur en croyant que le fait que je pose une question sur le suicide...

L'hon. Rosemary Moodie: Personnellement, je ne fais pas erreur. Je pose une question.

Harvey Max Chochinov: J'essaie d'y répondre.

Ce que vous dites, c'est qu'en posant des questions sur le suicide, je donne à une personne l'occasion d'exprimer ses pensées. En demandant si quelqu'un a envisagé l'AMM, je lui dis qu'il s'agit d'une possibilité. Que c'est une option qu'il pourrait envisager. Il y a une énorme différence entre les deux.

L'hon. Rosemary Moodie: Je ne suis pas certaine d'être d'accord avec vous. Je pense qu'il existe bel et bien un lien entre le fait de suggérer à un patient qu'il pourrait envisager le suicide, selon votre évaluation de son état et de la situation dans laquelle vous croyez qu'il se trouve. L'AMM n'est pas différente. L'AMM est une option thérapeutique offerte à des personnes qu'on juge rendues à ce stade de leur thérapie, de leur situation clinique, alors qu'elles n'ont peut-être envisagé aucune autre option.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Votre temps est écoulé, docteur.

Docteur Chochinov, souhaitez-vous répondre très brièvement?

Harvey Max Chochinov: Oui.

Lorsque vous interrogez quelqu'un sur le suicide, vous lui donnez l'occasion d'exprimer ses pensées liées à l'automutilation. Lorsque vous lui demandez s'il a envisagé l'AMM, vous lui indiquez que vous êtes disposé à considérer cette option et à la lui proposer. Ce n'est pas une démarche qu'il entreprendrait de lui-même.

• (2125)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Sénatrice Wallin, vous avez la parole pour trois minutes.

L'hon. Pamela Wallin: Merci.

Docteur Chochinov, êtes-vous opposé à l'AMM en toutes circonstances, même dans les cas de maladies physiques irrémédiables?

Harvey Max Chochinov: Je m'en tiens aux données probantes. J'ai un rapport ambivalent avec l'AMM.

Ce que j'observe en soins palliatifs me préoccupe, car, dans de nombreux cas, au lieu de s'attaquer à ce qui cause la souffrance d'une personne, on adopte une approche très axée sur les critères juridiques et on se demande si cette personne répond aux critères.

L'hon. Pamela Wallin: Il existe des situations où vous l'envisageriez, par exemple, dans le cas d'un cancer de stade 4 incurable.

Harvey Max Chochinov: Mon opposition à l'AMM dans le cas des troubles mentaux repose sur les données.

L'hon. Pamela Wallin: Je parlais d'autre chose, mais je vais passer à un autre sujet.

La Cour suprême s'est prononcée sur cette question en 2016, puis à nouveau dans deux décisions subséquentes. Elle a présenté les choses de la manière la plus simple possible, en indiquant qu'il devait s'agir d'une question de choix. Il s'agit d'une question dont le médecin et le patient devraient discuter, et les familles devraient être associées à ces discussions. Personne n'y est contraint. Ce n'est en aucun cas obligatoire.

Vous avez laissé entendre que vous seriez très à l'aise d'écarter le droit d'un patient de choisir une option de fin de vie. Vous avez parlé d'un concept que vous avez développé dans vos écrits, que vous appelez *intensive caring*, ou accompagnement intensif. Vous seriez à l'aise d'imposer votre point de vue et votre intention selon laquelle il devrait continuer à vivre à tout prix, indépendamment de son propre point de vue et de sa volonté de choisir une autre option.

Harvey Max Chochinov: Écoutez, nous parlons de l'AMM dans le cas des troubles mentaux. Soyons clairs quant au sujet dont il est question.

Les patients atteints de troubles mentaux éprouvent du dégoût d'eux-mêmes, présentent une suicidabilité chronique et ont le sentiment que leur vie n'a aucune valeur. Nous devons en être conscients et comprendre que, dans le cas d'une personne atteinte d'une maladie mentale chronique, les manifestations de suicidabilité ne peuvent être distinguées d'une demande authentique d'AMM.

L'hon. Pamela Wallin: Non, ce que vous dites, c'est que toutes les demandes de personnes atteintes de toute forme de maladie mentale... Si elles commencent à en parler ou souhaitent choisir l'AMM, vous affirmez que cela relève immédiatement de la suicidabilité. Je ne crois pas qu'il existe des données probantes à l'appui de cela.

Harvey Max Chochinov: Il se trouve que j'ai le document issu des lignes directrices canadiennes sur l'aide médicale à mourir. Si vous me donnez un instant... En fait, donnez-moi deux instants. Je croyais l'avoir ici.

L'hon. Pamela Wallin: Je pense que nous devrions simplement poursuivre la discussion. Vous semblez à l'aise avec...

Le coprésident (Marcus Powlowski): Nous n'avons plus le temps, sénatrice Wallin.

Nous passons maintenant au sénateur Wells pour trois minutes.

L'hon. Kristopher Wells: Docteur Gagnon, exercez-vous activement dans le domaine de l'AMM?

Pierre Gagnon: Non. Je suis psychiatre. Les psychiatres ne...

L'hon. Kristopher Wells: Vous ne procédez à aucune évaluation. Vous n'avez suivi aucune formation.

Pierre Gagnon: Non.

L'hon. Kristopher Wells: Je poserai la même question au Dr Chochinov.

Harvey Max Chochinov: J'ai vu des patients qui avaient demandé l'AMM et qui m'ont été adressés pour une thérapie de la dignité. C'est là toute l'étendue de mon implication en matière d'AMM.

L'hon. Kristopher Wells: Vous n'avez suivi aucune formation spécialisée ni aucune des formations cliniques prévues.

Harvey Max Chochinov: J'ai suivi quatre années de formation postuniversitaire en psychiatrie. Je dirais que...

L'hon. Kristopher Wells: Vous n'avez pas suivi les pratiques actuelles établies ni la formation actuelle.

Harvey Max Chochinov: Non, mais j'ai lu les directives.

L'hon. Kristopher Wells: Aucun de vous deux n'a suivi toutes les heures d'ateliers. Est-ce exact?

Harvey Max Chochinov: Non. Je n'ai que quatre années de résidence en psychiatrie et de formation post...

L'hon. Kristopher Wells: Merci.

Docteur Gagnon, est-il possible de prédire avec certitude l'évolution de toutes les affections physiques?

Pierre Gagnon: Non.

L'hon. Kristopher Wells: De mon point de vue, on commence à voir apparaître une fausse dichotomie entre maladie mentale et maladie physique. Les personnes atteintes de troubles mentaux prennent constamment des décisions de vie ou de mort dans le domaine des soins de santé. Selon la logique que nous entendons aujourd'hui, elles devraient être exclues de la prise de décisions de vie ou de mort concernant leur santé: refuser un traitement contre le cancer, interrompre une dialyse, demander une ordonnance de non-réanimation.

D'après ce que nous entendons, il semble qu'un patient ne puisse jamais dire qu'il en a assez des traitements, puisqu'il y a toujours d'autres traitements qu'il devrait suivre, et qu'on ne lui donnera jamais le choix.

● (2130)

[Français]

Pierre Gagnon: C'est ce qu'on disait. Les idées suicidaires font intrinsèquement partie de la maladie mentale, ce qui n'est pas le cas des maladies physiques. C'est la différence, ici.

[Traduction]

L'hon. Kristopher Wells: Voulez-vous dire que c'est toujours le cas? Les idées suicidaires font-elles toujours partie d'une maladie mentale ou d'un trouble mental?

[Français]

Pierre Gagnon: Non, mais quand un patient a...

[Traduction]

L'hon. Kristopher Wells: Êtes-vous en train de dire qu'un psychiatre ne peut pas faire la distinction entre les deux?

[Français]

Pierre Gagnon: Si un patient est devant nous, qu'il a une maladie psychiatrique majeure, qu'il est suicidaire et qu'il nous dit qu'il veut mourir, c'est sûr que, pour nous, les psychiatres, ce sont des idées suicidaires. Il ne s'agit pas d'un désir authentique d'euthanasie.

[Traduction]

L'hon. Kristopher Wells: Ma dernière question s'adresse à vous deux.

Je veux simplement être clair, docteur Gagnon: vous vous exprimez à titre personnel, selon votre propre point de vue et votre propre expérience, et non au nom de l'Association des psychiatres du Canada.

[Français]

Pierre Gagnon: Effectivement. Il s'agit d'un groupe de psychiatres qui pensent différemment.

[Traduction]

Le coprésident (Marcus Powlowski): Sénateur Wells, votre temps de parole est écoulé.

L'hon. Kristopher Wells: Il n'a pas répondu à la question.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Cela n'a pas d'importance. Vous ne lui avez pas laissé le temps de répondre.

L'hon. Kristopher Wells: N'ai-je vraiment plus de temps?

Le coprésident (Marcus Powlowski): Vous n'avez plus de temps. Je suis désolé.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Nous passons au deuxième tour. M. Lawton dispose maintenant de trois minutes.

Andrew Lawton: Merci beaucoup.

Mes questions s'adressent à vous, docteur Chochinov. Nous n'avons que quelques instants, alors je vous serais reconnaissant d'être aussi bref que possible.

Il y a de bons médecins et de moins bons médecins. Certains font tout leur possible pour se tenir à jour, d'autres non. Certains sont plus rigoureux que d'autres. Ce sont des êtres humains, et je le comprends.

Pensez-vous qu'il existe des médecins qui, sur le plan philosophique ou idéologique, sont davantage enclins à considérer l'AMM non seulement comme une option qui devrait être offerte, mais aussi comme quelque chose de souhaitable pour les patients?

Harvey Max Chochinov: Oui, je pense qu'il existe des médecins dont l'orientation philosophique va dans ce sens.

Andrew Lawton: Quelles en sont les implications dans le contexte de la santé mentale, où les patients peuvent être très influençables ou vulnérables, ou encore ne pas savoir quelle sera ou pourrait être leur trajectoire?

Harvey Max Chochinov: D'abord, je me méfie des médecins qui, lorsqu'ils expriment leur expertise, le font sur le terrain juridique plutôt que médical. Si un médecin disait: « Il est question d'autonomie; il est question de choix », je répondrais: « Parlons de médecine. Parlons de la psychologie de la souffrance. »

C'est assez ironique. Lorsqu'un professionnel dit qu'il est prêt à fournir l'AMM, il arrive parfois que le patient se sente, dans un premier temps, compris. Il y a une forme de collusion autour du désespoir; enfin, quelqu'un le comprend. Malheureusement, la relation thérapeutique mène alors, au sens propre comme au figuré, à une impasse. L'attitude du médecin a donc une influence profonde. Comme le disait l'un de mes superviseurs, lorsque deux personnes sont dans une pièce, il est utile que l'une d'elles ne soit pas désespérée.

Andrew Lawton: Je parle ici d'expérience, en tant que personne qui a été très ouverte au sujet de ses propres difficultés liées à la maladie mentale. Pour beaucoup, c'est un combat de plusieurs années. Je connais des psychiatres qui entretiennent des relations thérapeutiques avec leurs patients depuis des décennies. Les progrès peuvent être graduels au fil du temps.

Il existe un phénomène appelé « usure de compassion ». Je me demande si, dans les 30 secondes qu'il me reste, vous pourriez expliquer comment cela pourrait influencer sur les médecins et leurs patients dans le contexte de l'AMM pour les troubles mentaux.

Harvey Max Chochinov: Lorsqu'on s'occupe d'une personne atteinte d'une maladie mentale grave et chronique, c'est accablant. C'est accablant pour la personne qui en souffre. C'est accablant pour sa famille. C'est accablant pour le professionnel de la santé.

Le désespoir est contagieux. Lorsque les gens commencent à se sentir désespérés, ils se mettent à chercher des solutions, et l'AMM, lorsqu'elle se présente, peut donner l'impression d'être une solution. Comme je l'ai dit, ce n'est une solution que dans la mesure où elle met fin à la vie de la personne qui souffre. Ce qui se passe, c'est que...

● (2135)

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme Lapointe.

Viviane Lapointe (Sudbury, Lib.): Docteur Gagnon, je voudrais revenir sur les questions posées par ma collègue, la députée Jaczek, lorsqu'elle vous a demandé quelles mesures de sauvegarde et quelles dispositions devraient être mises en place au sein du système de santé pour permettre l'AMM dans le cas des troubles mentaux.

Ma question s'adresse à vous deux. Quels indicateurs utiliseriez-vous pour déterminer si le système de santé est prêt à permettre l'AMM dans le cas des troubles mentaux?

[Français]

Pierre Gagnon: C'est difficile à imaginer, présentement, parce qu'on n'a pas trouvé de façon de différencier ce qui est une idée suicidaire de ce qui est un désir de mort authentique. Nous revenons toujours un peu à la même chose, j'en suis désolé.

Ce qui est inquiétant, c'est que les études produites aux Pays-Bas ou en Belgique, où l'aide médicale à mourir est autorisée, démontrent qu'il semble déjà y avoir un élargissement. Pourtant, ces pays avaient des balises, mais nous voyons déjà sortir toutes sortes de raisons, par exemple, la mort d'un animal domestique, ce qui pousse la personne en dépression à recevoir quand même l'aide médicale à mourir.

Alors, c'est inquiétant. Théoriquement, nous trouvons qu'il est difficile de concevoir des lignes directrices, et en pratique, nous remarquons que ces lignes directrices sont très floues, ailleurs où ça se fait.

[Traduction]

Viviane Lapointe: Je voudrais également revenir sur la réponse que vous venez de donner, dans laquelle vous avez mentionné la Belgique et les Pays-Bas. Au-delà de ces rares cas, quelles mesures concrètes de conception des politiques permettraient, selon vous, d'éviter un élargissement progressif de la portée au Canada si l'AMM devait être étendue aux troubles mentaux?

[Français]

Pierre Gagnon: J'ai de la difficulté à voir pourquoi nous serions très supérieurs aux autres pays qui ont de l'avance par rapport à nous. Pour eux, la situation s'est quand même dégradée ou est devenue très floue. J'aurais de la difficulté à voir ça, et c'est la même chose dans le cas des maladies physiques.

J'étais au Québec, où l'aide médicale à mourir n'était offerte que pour la fin de vie, sur le plan de l'euthanasie pour un problème de santé physique, et rapidement, ça s'est élargi.

Ces deux expériences, soit celle de l'euthanasie pour un problème de santé physique, où ça s'est élargi rapidement, et celle de l'euthanasie pour des cas psychiatriques, dans les pays où l'aide médicale à mourir est déjà offerte et où elle s'élargit aussi, ne sont donc pas très rassurantes.

Viviane Lapointe: Quelles seraient les politiques que nous aurions besoin de mettre en place pour éviter les exemples que vous avez décrits?

Pierre Gagnon: J'ai de la difficulté à les imaginer, honnêtement. Je ne pourrais pas en donner, surtout parce que nous n'avons pas de façon de différencier ce qui est une idée suicidaire authentique d'une vraie demande d'aide médicale à mourir. Nous ne sommes pas capables de différencier ça.

[Traduction]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Monsieur Thériault, vous avez deux minutes.

[Français]

Luc Thériault: Merci.

Êtes-vous en train de dire que vous êtes incapable d'établir la capacité décisionnelle d'un patient qui demande l'aide médicale à mourir autrement que par rapport à un trouble mental?

N'avez-vous jamais été amené à déterminer la capacité décisionnelle d'un patient?

Pierre Gagnon: J'ai déjà établi cette capacité décisionnelle, mais pas dans le cas d'une personne ayant un trouble psychiatrique.

Luc Thériault: Les psychiatres qui viennent témoigner en comité nous disent qu'ils font cela à longueur de journée. Par exemple, pour des situations d'aide médicale à mourir, ça pourrait arriver.

N'avez-vous jamais établi la capacité décisionnelle d'un patient qui demande l'aide médicale à mourir?

Pierre Gagnon: Non, je ne l'ai pas fait dans le cas d'un patient souffrant d'un trouble psychiatrique.

Luc Thériault: L'avez-vous fait pour des patients autres que ceux souffrant d'un trouble psychiatrique?

Ça fait trois fois que je vous pose la question.

Pierre Gagnon: Oui, je l'ai fait pour des patients autres que ceux souffrant d'un trouble psychiatrique, parce que l'idée suicidaire ne fait pas partie...

Luc Thériault: L'avez-vous déjà fait?

Pierre Gagnon: Oui.

Luc Thériault: Il est donc facile, selon vous, d'établir qu'il n'y a pas d'idéation suicidaire liée à l'état de santé de la personne.

Est-ce bien cela?

Pierre Gagnon: La plupart du temps, c'est faisable.

Luc Thériault: Dans le cas des troubles mentaux, vous considérez donc que le rapport d'experts ne comporte pas de lignes directrices sur les précautions à prendre. Pour ma part, j'ai vu des passages où on dit de faire attention. Il n'est pas question de commencer une discussion pour préparer l'aide médicale à mourir si le clinicien s'aperçoit qu'il y a une préoccupation liée à des idées suicidaires. Dans un tel cas, il faudrait qu'il décide s'il doit imposer un traitement au patient, malgré la volonté de celui-ci, et faire en sorte de proposer d'autres types d'intervention.

On n'est pas du tout dans l'acceptation d'une demande d'aide médicale à mourir. Ce n'est pas parce qu'on la demande qu'on va nécessairement y avoir accès. C'est ce passage qui semble facile, selon votre perception. C'est comme si la pente glissante était quelque chose d'inévitable.

● (2140)

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Nous passons maintenant au deuxième tour pour les sénateurs.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Très brièvement, nous allons donner la parole à la sénatrice Wallin pour deux minutes.

L'hon. Pamela Wallin: Je veux simplement m'assurer d'avoir bien compris l'échange, à savoir que nous convenons que la suicidabilité n'est pas présente chez toutes les personnes qui souhaitent recourir à l'AMM.

Harvey Max Chochinov: J'essaie d'imaginer une situation où vous...

L'hon. Pamela Wallin: Docteur Gagnon, vous avez la parole.

Il était justement en train de répondre à cette question.

Harvey Max Chochinov: Je suis désolé.

Pierre Gagnon: Il ne s'agit pas de la suicidabilité chez les patients psychiatriques, où celle-ci fait partie intégrante de la maladie.

L'hon. Pamela Wallin: Non, ce que je veux dire, c'est... Je crois que nous en avons un peu parlé plus tôt avec le Dr Chochinov. Le fait qu'une personne demande l'AMM, ou soit disposée à en discuter ou à ce que cette option lui soit présentée, n'est pas nécessairement un indicateur de suicidabilité.

Êtes-vous d'accord avec cela, docteur Gagnon?

Pierre Gagnon: Parlez-vous en dehors du contexte de la maladie mentale?

L'hon. Pamela Wallin: Je parle de manière générale.

Pierre Gagnon: C'est ce qu'il faut examiner: s'il y a présence d'une maladie mentale. Si une personne souffre de dépression...

L'hon. Pamela Wallin: Dans le contexte de la maladie mentale, pensez-vous que toute personne qui souhaite discuter d'autres options, comme la fin de vie, ou qui refuse un traitement, exprime nécessairement une suicidabilité?

Pierre Gagnon: À l'heure actuelle, nous ne sommes pas en mesure de distinguer ce qui relève de la suicidabilité de ce qui est « réel »...

L'hon. Pamela Wallin: Est-ce que vous voulez dire que vous, en tant que professionnel, n'êtes pas en mesure de faire cette distinction, ou que le patient n'en est pas capable? Ce n'est pas clair pour moi.

Pierre Gagnon: Je veux dire en tant que professionnel.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Le sénateur Wells dispose de deux minutes.

L'hon. Kristopher Wells: Docteur Gagnon, je demeure un peu perplexe face à vos propos, alors je vais poser la question suivante. Avez-vous déjà été consulté au sujet d'un patient atteint d'un trouble mental qui souhaitait prendre une décision de vie ou de mort concernant sa santé physique, par exemple refuser une dialyse ou un traitement contre le cancer?

Pierre Gagnon: Oui.

L'hon. Kristopher Wells: Étaient-ils tous suicidaires, ou, dans certains cas, le patient était-il considéré comme capable de prendre ses propres décisions?

Pierre Gagnon: Dans certains cas, ils l'étaient. Oui, ils en étaient capables.

L'hon. Kristopher Wells: Très bien, vous avez répondu à ma question. Merci.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Avez-vous d'autres questions, sénateur Wells?

L'hon. Kristopher Wells: Non.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Je ne sais pas trop quoi en penser.

Des députés: Oh, oh!

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Sur ce, au nom du comité, je tiens à remercier les témoins de ce dernier groupe. Merci pour vos témoignages et pour le temps que vous nous avez consacré ce soir.

Merci, chers collègues. Nous sommes arrivés au terme de plus de trois heures de travaux. Je vous remercie pour tous les efforts que vous consacrez à cette étude.

La réunion du Comité est terminée; la séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

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 des communes.

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 de la Chambre des communes à l'adresse suivante :
<https://www.noscommunes.ca>

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the Copyright Act. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the Copyright Act.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the following address: <https://www.ourcommons.ca>