



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

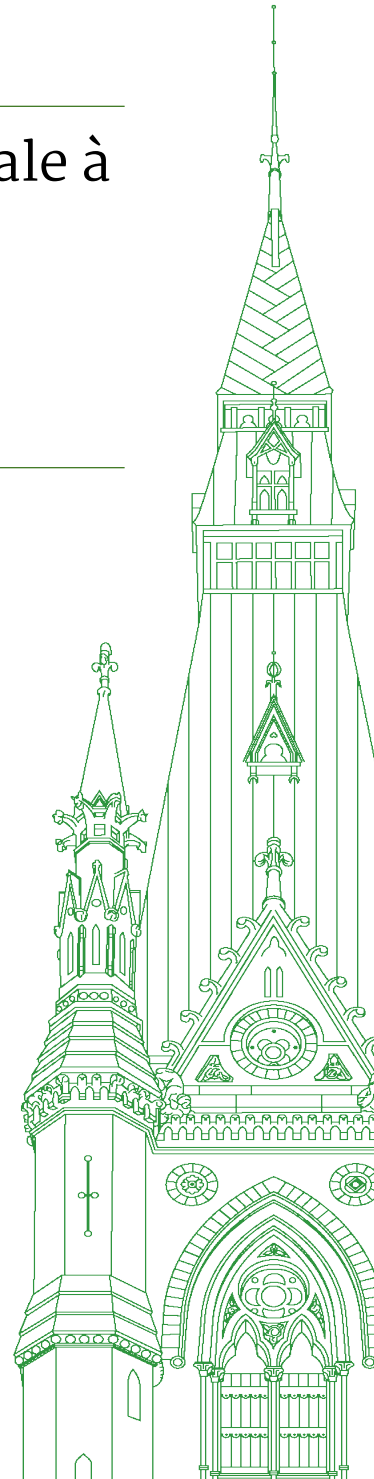
Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 004

Le mardi 21 avril 2026

Coprésidents : Marcus PowlowskiYonah Martin



Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

Le mardi 21 avril 2026

• (1830)

[Traduction]

Le coprésident (Marcus Powłowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.)): Je déclare la séance ouverte.

Bienvenue à la quatrième 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. J'en vois d'ailleurs quelques-uns qui participent de cette façon. J'espère que les tests de son ont été effectués avec succès.

Avant de poursuivre, je prierais tous les participants présents sur place de bien vouloir consulter les consignes figurant sur les cartes posées devant eux. Ces mesures ont été mises en place pour prévenir les problèmes de rétroaction acoustique et préserver la santé et la sécurité de tous les participants, y compris les interprètes, que nous remercions. Vous remarquerez également un code QR sur la carte, qui renvoie à une courte vidéo explicative.

Je voudrais faire quelques observations à l'intention des témoins et des membres. Veuillez attendre que je vous donne la parole avant d'intervenir. Les participants en visioconférence peuvent cliquer sur l'icône du microphone pour activer leur micro, et ils 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, l'anglais ou le français. Les personnes présentes dans la salle peuvent utiliser leur oreillette pour sélectionner le canal souhaité.

Je vous rappelle que toutes les interventions doivent être adressées au président, c'est-à-dire à moi-même. Mesdames et messieurs les membres présents dans la salle, si vous souhaitez prendre la parole, veuillez lever la main. Pour les membres qui participent via Zoom, veuillez utiliser la fonction « lever la main ». Le greffier et moi-même gérons l'ordre des interventions du mieux que nous pouvons. Nous vous remercions de votre patience et de votre compréhension à cet égard.

Je voudrais souhaiter la bienvenue à notre premier groupe de témoins. Je crois qu'ils participent tous à distance.

Nous accueillons Christopher Lyon, chercheur invité au Centre for Death and Society, University of Bath. Nous recevons égale-

ment le Dr John Maher, psychiatre à l'Ontario Association for ACT and FACT.

Docteur Maher, lorsque vous aurez la parole, vous voudrez peut-être expliquer ce que signifient ACT and FACT.

Je vous ferai signe lorsqu'il vous restera environ 30 secondes. Vous pouvez dépasser légèrement le temps qui vous est alloué. Si vous constatez que vous manquez de temps, vous pouvez essayer de condenser ce qu'il vous reste à dire, mais vous aurez probablement l'occasion de terminer votre pensée lors de la séance de questions, si vous n'avez pas pu tout aborder.

Monsieur Lyon, vous avez la parole pour cinq minutes. Je vous en prie.

Christopher Lyon (chercheur invité, Centre for Death and Society, University of Bath, à titre personnel): Merci beaucoup de m'avoir invité à comparaître devant vous, monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité.

Je m'appelle Christopher Lyon. Je suis Canadien et j'ai été témoin du recours à l'aide médicale à mourir dans ma famille. J'enseigne à l'Université York et je suis chercheur invité au Centre for Death and Society de l'Université de Bath.

Depuis le décès de mon père, j'ai mené des recherches et publié des articles sur l'aide médicale à mourir. Je m'exprime à titre personnel. Mon père, John Lyon, est décédé par l'aide médicale à mourir à Victoria, en Colombie-Britannique, en juillet 2021, une semaine après avoir emménagé dans un appartement en résidence-services. Disposant de faibles revenus, il était très inquiet quant au coût de ce genre d'établissement. Le jour de son emménagement a coïncidé avec le premier jour d'une vague de chaleur record, mais temporaire, qui a frappé la Colombie-Britannique. Cinq jours plus tard, peut-être affecté par cette vague de chaleur extrême, il a fait une chute dans son nouvel appartement. Le septième jour, alors que la vague de chaleur prenait fin, mon père a reçu une injection létale.

Lorsqu'il a découvert l'existence de l'aide médicale à mourir, il m'a dit qu'un médecin lui avait conseillé d'y avoir recours. Il a été jugé admissible à la voie 2 de l'aide médicale à mourir en raison de sa polyarthrite rhumatoïde, de sa fragilité, de ses chutes récentes, de ses douleurs chroniques et des autres problèmes de santé qu'il devait souvent gérer. À mi-parcours de la période d'évaluation obligatoire de 90 jours prévue dans la voie 2, les prestataires chargés de son cas l'ont reclassé dans la voie 1, mort naturelle raisonnablement prévisible, trois jours avant que l'on mette fin à ses jours. Dans son certificat médical de décès, il est indiqué que ce changement de voie était dû à une septicémie à apparition précoce pas encore diagnostiquée. Or, le Code criminel exige, pour les deux voies, que la personne ait un problème de santé grave et irrémédiable, c'est-à-dire une maladie, une affection ou un handicap grave et incurable. De tels changements de voie sont difficiles à repérer dans les données utilisées par Santé Canada.

Lors de sa première demande, j'ai transmis au coordonnateur local de l'aide médicale à mourir un document familial contenant des renseignements complémentaires détaillant son historique de problèmes de santé mentale, y compris des épisodes intenses d'idées suicidaires lors de transitions de vie comme des déménagements. La canicule qui sévissait, combinée à son emménagement en résidence-services, correspondait exactement à une période susceptible de susciter le plus de difficultés psychologiques pour lui. Quelques mois avant son décès, ma famille avait organisé un appel avec la ligne d'aide pour la prévention du suicide, et il semblait avoir abandonné ce genre d'idées, qui revenaient souvent chez lui. Le jour de sa mort a aussi coïncidé avec l'anniversaire d'un membre de la famille qui était présent. Il est difficile pour moi de décrire l'horreur de cette situation.

La prestataire de mon père lui avait permis de consommer du vin, tant la veille de son décès que le jour même. Parallèlement, on lui avait prescrit de la prednisonne, de l'eszopiclone, de la trazodone et de l'hydromorphone, tous des médicaments aux puissants effets psychotropes, qui altèrent les capacités et peuvent imiter les marqueurs de la septicémie à apparition précoce et des troubles mentaux. Il avait du mal à se souvenir de la date à laquelle son décès était prévu ou même si une date avait effectivement été fixée. La phrase « Sortez-moi d'ici », bien que vague, fut considérée comme son consentement final.

J'ai insisté pour qu'une évaluation psychiatrique de dernière minute ait lieu, mais on m'a dit que le psychiatre confirmerait simplement l'avis de la prestataire, ce qui était exact. L'évaluation comportait de nombreuses erreurs: elle niait toute tendance suicidaire, minimisait les antécédents de dépression de mon père, n'indiquait pas qu'il était fumeur, et affirmait qu'il vivait dans son appartement en résidence-services depuis un mois, alors que c'était plutôt depuis quatre ou cinq jours. Sa prestataire m'a dit qu'il finirait probablement par se suicider de toute façon, et qu'elle savait qu'elle était compétente en matière d'aide médicale à mourir, car cela ne l'avait jamais empêchée de dormir. Elle m'a d'ailleurs par la suite conseillé de ne pas parler de mes préoccupations.

Les tentatives de l'exécuteur testamentaire de mon père et de moi-même pour déposer des plaintes et accéder à son dossier médical, qui auraient pu confirmer ou infirmer l'absence de conformité, se sont révélées vaines pour l'essentiel. Nous n'avons obtenu qu'une copie partiellement caviardée de son évaluation psychiatrique et de son certificat de décès.

Le système de la Colombie-Britannique est un véritable jeu de ping-pong entre les associations professionnelles, la police et les coroners, les dossiers étant protégés par la loi sur la protection des renseignements personnels, qui s'étend aux personnes décédées, mais ne semble pas s'appliquer aux prestataires de l'aide médicale à mourir, qui peuvent les utiliser à des fins d'autopromotion et d'initiatives commerciales. S'il s'agit déjà de la norme de soin pour l'aide médicale à mourir en présence de troubles mentaux et psychotropes, que se passera-t-il si le seul problème de santé sous-jacent est un trouble mental?

Au cours de mes recherches, j'ai trouvé des preuves que le groupe militant Mourir dans la dignité, qui conteste les dispositions constitutionnelles, n'a jamais accordé beaucoup d'importance aux mesures de protection liées à la santé mentale et continue de le faire. Un grand ensemble de preuves archivées provenant de cet organisme laisse supposer qu'il a géré un système — qui jusqu'ici n'a pas fait l'objet de poursuites — de counseling pro-suicide, d'aide au suicide et d'homicide d'adultes contre rémunération, dans les décennies précédant l'affaire Carter et le projet de loi C-14, ce système s'étendant peut-être aux enfants. Cet organisme organisait des ateliers ouverts à tous sur des méthodes de suicide avec aide possible, les homicides et la dissimulation aux enquêteurs. Son site Web public décrit toujours des options de rechange pour les personnes non admissibles à l'aide médicale à mourir, comme arrêter de s'alimenter et de s'hydrater, refuser les traitements, de même que des options en Suisse. Cette page est accessible à tous, y compris aux personnes atteintes de troubles mentaux et aux enfants.

L'an dernier, Philip Nitschke, l'inventeur de la capsule Sarco, qui prend la parole aux côtés des fondateurs de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM et des dirigeants de Mourir dans la dignité dans le cadre des conférences de la World Federation of Right to Die Societies, a affirmé à la presse britannique avoir apporté un soutien matériel à Kenneth Law. Après avoir été inculpé de meurtre au premier degré, ce dernier venait d'accepter de plaider coupable d'aide au suicide dans 14 cas. Nitschke affirme l'avoir rencontré lors d'un atelier sur le suicide qu'il a récemment organisé à Toronto. Les victimes présumées de Law étaient généralement des adolescents et des adultes présentant des troubles mentaux.

● (1835)

Cela ne me laisse donc pas d'autre choix que de poser des questions très délicates sur ce qui se passe lors de ces entretiens confidentiels avec des patients, malgré toutes les lois et mesures de protection en matière d'aide médicale à mourir censées les protéger contre des soins négligents ou un décès illégal.

● (1840)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, monsieur Lyon.

Docteur Maher, vous avez cinq minutes. Je vous en prie.

[Français]

John Maher (psychiatre, Ontario Association for ACT & FACT): Bonjour.

Je vous remercie beaucoup de m'avoir invité à comparaître devant vous.

[Traduction]

Je suis chef du service de psychiatrie dans un hôpital ontarien, spécialiste en éthique médicale, rédacteur en chef du *Journal of Ethics in Mental Health* et président des associations ontarienne et mondiale des équipes de suivi intensif dans le milieu. Ces équipes prennent en charge les patients les plus gravement atteints mentalement.

Depuis 23 ans, je traite des patients que d'autres psychiatres avaient jugés incurables, mais dont l'état s'améliore. La souffrance peut toujours être atténuée. Compte tenu des dizaines de modalités psychothérapeutiques validées, des centaines de combinaisons médicamenteuses et de la myriade d'interventions psychosociales qui existent, il n'y a pratiquement pas de cas où « tout a été essayé », malgré ce que disent certains patients et psychiatres qui manquent de compétences, de connaissances ou de persévérance. La mort est faussement présentée comme la seule issue.

Mon avis est sollicité parce que j'ai une expérience et des connaissances particulièrement pertinentes. Comment savoir qui a raison lorsque mes propos contredisent ceux des autres? Malheureusement, il faut plus que des arguments logiques en matière d'équité sociale pour éliminer le capacitisme et la stigmatisation. L'idéologie feint de s'appuyer sur la raison, tout en amplifiant la désinformation.

J'ai fait une présentation sur le même sujet devant le Sénat en 2021. Ma colère a depuis laissé place à une profonde tristesse, les mêmes fausses représentations émanant des mêmes intervenants. Les enjeux n'ont pas changé en cinq ans. Les faits, eux, sont plus clairs. Des personnes reçoivent l'aide médicale à mourir pour des raisons psychiatriques sous de fragiles prétextes médicaux. Des prestataires prolifiques facilitent le suicide de patients qui sont en attente d'un traitement efficace. L'aide médicale à mourir est offerte à des anciens combattants, des personnes handicapées et des malades dont les problèmes de santé sont traitables. Le caractère irrémédiable est impossible à prédire en santé mentale. Les patients vont de médecin en médecin jusqu'à la mort.

La double pensée orwellienne règne. Les militants de l'aide médicale à mourir clament que celle-ci n'est pas un suicide, que le terme « irrémédiable » est synonyme d'absence de guérison immédiate, que la mort soulage la souffrance, et que le système de santé a tellement à cœur votre bien-être qu'il vous aide à vous tuer. Les gens ont besoin de sauveteurs, pas de gens qui les aident à s'enfoncer.

Seuls un adulte sur trois et un enfant sur cinq au Canada ont accès aux soins de santé mentale dont ils ont besoin. Le public ignore cette absence de services intentionnelle et choquante. Selon la Commission de la santé mentale du Canada, nous pourrions économiser des milliards en finançant des services en amont dont nous savons qu'ils fonctionnent. Au lieu de cela, on laisse les gens tomber malades en aval, ce qui coûte des milliards de plus que nécessaire.

Pourquoi ne fournissons-nous pas des soins qui fonctionnent et sont très rentables? Pourquoi certains d'entre vous soutiennent-ils le suicide plutôt que les soins qui le préviennent?

La réponse réside dans la stigmatisation, le capacitisme, des arguments économiques fallacieux et une vision déformée de l'autonomie. Il faut cesser de prétendre que l'autonomie est un état rationnel et détaché. Les gens gravement malades sont animés par la

peur, le désespoir et l'impuissance causés par les maladies que nous traitons mal ou ne traitons pas. Si vous aidez quelqu'un à se suicider, cela ne signifie que cette personne agit de façon autonome. J'en ai assez de ces reportages grotesques citant des gens qui tentent de se suicider depuis des décennies et qui souhaitent qu'un médecin les aide à le faire.

Les militants de l'aide médicale à mourir font une distinction conceptuelle risible, à savoir que l'aide médicale à mourir serait bien réfléchie, alors que les véritables suicides sont impulsifs. Des décennies de recherche montrent le contraire. Quatre-vingts pour cent des personnes qui tentent de se suicider ont soigneusement planifié leur geste. L'aide médicale à mourir est bel et bien un suicide, comme faire appel à un organisateur de mariage pour que tout se passe facilement, y compris pour obtenir un service le jour même.

Selon l'école de santé publique de Harvard, 90 % des personnes qui tentent de se suicider ne passeront pas à l'acte une fois traitées. Avec un bon traitement, les pensées suicidaires disparaissent. Les taux de suicide dans les secteurs de compétence où l'aide médicale à mourir est légale — notamment l'Oregon, la Suisse, les Pays-Bas, la Belgique et l'Australie — ont augmenté beaucoup plus vite après la légalisation. La contagion suicidaire est une réalité avérée. Il ne faut pas faire comme si cela n'existait pas au Canada.

● (1845)

Soixante-douze pour cent des Canadiens s'opposent à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux, et plus de 90 % des psychiatres. Vous devriez être à l'écoute, mais surtout, vous devriez prendre un temps d'arrêt et essayer d'imaginer ce que cela fait d'être abandonné à son sort. Si vous n'avez jamais connu une détresse totale et sans issue, alors soutenez sans crainte la revendication selon laquelle nous devrions tous avoir le droit à l'aide au suicide. Toutefois, si vous avez connu la souffrance, la souffrance de ceux que vous invitez à mourir, alors vous ne pouvez pas prétendre que cette parodie sociale planifiée soit autre chose que le fruit d'une ignorance ignoble.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, docteur Maher.

Pour la première série de questions, je cède la parole à M. Lawton pour cinq minutes.

Andrew Lawton (Elgin—St. Thomas—London-Sud, PCC): Merci beaucoup, messieurs les coprésidents.

Merci à vous, messieurs, pour vos témoignages.

Je voudrais commencer par vous, docteur Maher. Juste pour préciser, le régime d'aide médicale à mourir dont nous disposons au Canada n'existait pas à l'origine en tant que politique de santé. Il s'agit d'une exemption à l'infraction de meurtre prévue par le Code criminel. Lorsque vous dites que, selon certains évaluateurs et prestataires, des troubles de santé mentale sont suffisants pour rendre une personne admissible à l'aide médicale à mourir, vous décrivez en réalité un acte criminel, n'est-ce pas?

John Maher: Tout à fait. J'ai eu un patient atteint de schizophrénie qui a été jugé admissible à l'aide médicale à mourir en raison d'une affection cutanée qu'un dermatologue avait jugée traitable par une crème, ainsi que d'une douleur à la cheville résultant de son refus de faire de la physiothérapie après une fracture de la cheville. J'ai eu une vive altercation avec le prestataire de l'aide médicale à mourir, qui estimait que ces raisons étaient suffisantes. Mon patient souffrait de schizophrénie et présentait des symptômes psychotiques et délirants à ce moment-là. Ce sont des choses qui arrivent déjà.

Andrew Lawton: D'après ce que vous avez compris de l'affaire Kiano Vafaeian, telle qu'elle a été rapportée dans les médias, cela correspondrait-il à ce que vous décrivez, à savoir une personne qui souffrait uniquement d'une maladie mentale et dont le problème de santé invoqué pour justifier l'aide médicale à mourir était contestable?

John Maher: Je ne ferai aucun commentaire sur ce cas précis. Tout ce que je sais provient des médias, mais je maintiens ma position. Mes collègues et moi-même sommes confrontés à cette situation. Il est évident que des personnes ont recours à l'aide médicale à mourir pour des raisons qui, franchement, sont illégales.

Andrew Lawton: Jusqu'à présent, ce comité a entendu divers points de vue de la part de psychiatres. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, certains affirment qu'il existe un consensus général selon lequel des troubles de la santé mentale peuvent être irrémédiables, tandis que d'autres sont d'avis que ce n'est pas le cas, ce qui démontre bien qu'il n'y a pas de consensus à ce sujet.

Expliquez-moi comment vous concevez le caractère irrémédiable dans le contexte de la maladie mentale.

John Maher: Je ne partage absolument pas le point de vue défendu par les militants favorables à l'aide médicale à mourir, à savoir que le simple fait de ne pas pouvoir obtenir de remède ou de soulagement immédiat devrait suffire pour qu'une personne soit admissible.

Les pays du Benelux, qui exigent au moins que des traitements courants soient tentés en premier lieu, disposent d'une bonne mesure de précaution, mais cela soulève alors la question de savoir ce que l'on entend par « traitements courants ». Je suis un psychiatre surspécialisé. Je suis le psychiatre des psychiatres. On m'envoie des patients dont d'autres psychiatres disent qu'ils ne peuvent pas aller mieux et au sujet desquels ils ne savent plus quoi faire, et l'état de ces personnes s'améliore. Irrémédiable... Nous ne parlons pas ici de guérison, bien que j'aie des patients dont on pourrait facilement dire qu'ils sont guéris, dans le même sens que pour le diabète, qui est maîtrisé si l'on prend ses médicaments pour le reste de sa vie. Cela n'aura alors aucun impact significatif sur la qualité ou la durée de la vie. Ce genre de situation se produit bien souvent en psychiatrie.

Est-ce que j'ai des patients dont les symptômes persistent? Absolument. Est-ce que j'ai des patients dont les symptômes ne peuvent jamais être améliorés? Jamais, pas un seul.

Je représente ici les 70 psychiatres d'une équipe de suivi intensif dans le milieu qui exercent dans des domaines surspécialisés en Ontario. Il existe toujours des moyens d'atténuer la souffrance. Je ne veux pas contrevenir aux règles du club, mais tous les psychiatres ne sont pas surspécialisés. Tous les cardiologues ne sont pas des chirurgiens cardiaques.

Andrew Lawton: Merci.

Lorsque vous évoquez la contagion suicidaire, je tiens à m'assurer que je comprends bien votre argument. Voulez-vous dire que le simple fait d'autoriser cela — ce que le Parlement a déjà fait —, si cela se concrétise, normalisera ou légitimera essentiellement le suicide comme une option pour des personnes qui n'auraient peut-être pas recours à l'aide médicale à mourir, mais qui pourraient simplement se suicider seules parce que le gouvernement a en substance déclaré qu'il s'agissait d'une réponse légitime à la maladie mentale? Est-ce bien ce que vous dites?

John Maher: Oui, c'est l'effet Werther, un phénomène bien connu, et c'est pourquoi les journaux ont convenu de ne pas publier d'articles sur des personnalités célèbres et la manière dont elles se sont donné la mort. Pourtant, on trouve chaque jour dans la presse des articles sur l'aide médicale à mourir. J'ai eu aujourd'hui un patient schizophrène qui m'a dit de façon très désinvolte que s'il ne trouvait pas de travail ni de petite amie, il demanderait l'aide médicale à mourir. Celle-ci s'est banalisée. La contagion suicidaire est un phénomène bien établi.

Il est intéressant de noter que nous n'avons commencé à examiner ces données qu'à partir du moment où les programmes d'euthanasie encadrés par la législation sur l'aide médicale à mourir ont commencé à voir le jour dans certains pays. Le fait que les taux aient augmenté dans les pays que j'ai cités, alors qu'ils ont baissé dans les pays voisins, constitue une préoccupation tout à fait légitime et significative. Il s'agit d'une modélisation. Non seulement...

• (1850)

Andrew Lawton: Merci, docteur Maher.

En quelques mots, monsieur Lyon, lorsque vous évoquez le passage des patients de la voie 2 à la voie 1, le fait que Santé Canada ne dispose pas de données suffisantes à ce sujet ne démontre-t-il pas que nous ne sommes pas prêts pour élargir la voie 2?

Christopher Lyon: C'est une bonne question. Non, je ne pense pas que nous soyons prêts pour l'élargissement de la voie 2. D'après ma propre expérience, si nous pouvons changer de voie ainsi et si des décès reclassés pour des raisons comme des maladies non diagnostiquées apparaissent dans la voie 1 dans les données, nous ne pouvons pas savoir quels cas appartiennent vraiment à la voie 2 et à la voie 1. Il serait très difficile d'élargir la voie 2.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Madame Jaczek, vous avez cinq minutes. Je vous en prie.

L'hon. Helena Jaczek (Markham—Stouffville, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci à vous deux, messieurs les témoins. Vous avez assurément exprimé très clairement votre position. Comme cela a été mentionné, nous avons bien sûr entendu d'autres psychiatres et experts en éthique, entre autres, qui ont un point de vue différent.

À votre avis, docteur Maher, si l'aide médicale à mourir devait être autorisée uniquement pour cause de maladie mentale dans notre pays, quels types de mesures de précaution jugeriez-vous raisonnables dans une telle situation, ou estimez-vous qu'il est tout simplement impossible de mettre en place de telles mesures?

John Maher: Je suis d'avis que les mesures de précaution vont échouer parce que cette culture et cette contagion suicidaire sont déjà très répandues dans notre société. Mes équipes s'arrachent les cheveux face à des personnes qui ont l'intention de refuser de prendre des médicaments dans le seul but de bénéficier de l'aide médicale à mourir. Il s'agit de personnes qui ont été soignées et qui se sont rétablies. Nous faisons de la prévention du suicide, mais on présente à des gens le suicide comme une option à portée de main.

Quant à l'essai de mesures de précaution et de traitements courants, comme dans les pays du Benelux, cela soulève la question de ce qui est considéré comme un traitement courant. J'offre des soins surspécialisés. J'ai littéralement des options illimitées. C'est grâce à cela que l'état de mes patients s'améliore. C'est pour cela que nous pouvons continuer à essayer. La durée moyenne du traitement pour aider les gens à guérir d'une schizophrénie grave est de trois ans. Ce n'est pas un processus court. C'est comme un long protocole de chimiothérapie pour certains cancers. Comment est-il possible de garder espoir face à cela?

J'avais une patiente à qui, en plein traitement, un médecin de famille a proposé l'aide médicale à mourir. Elle a réagi en disant: « Oh, Dieu merci, mon médecin de famille se soucie suffisamment de moi pour soulager ma souffrance. » Je voulais soulager sa souffrance en la soignant. Elle avait 35 ans.

Y a-t-il des mesures de précaution? La question fondamentale ici est la suivante: soit vous soutenez le suicide, soit vous ne le soutenez pas. Si vous vous opposez au suicide, si vous pensez que le tabou entourant le suicide assure une protection, et si vous pensez qu'il y a une valeur à soutenir la vie, alors clairement mon argument fondamental est de fournir les services de base. Je travaille dans une équipe de suivi intensif dans le milieu, l'une des équipes surspécialisées qui s'occupent des patients ayant les problèmes les plus graves. Nous sommes au nombre de 80 en Ontario. Il devrait y en avoir 150, compte tenu de la population. Actuellement, 5 000 personnes atteintes de maladies dégénératives attendent des soins. Leur état se dégrade. Elles peuvent attendre jusqu'à cinq ans pour être traitées. Dans le domaine du cancer, ce serait comme vous demandez si vous accepteriez de financer 60 % des centres de cancérologie et de laisser les autres malades se débrouiller en espérant qu'ils survivent?

Je pense que les mesures de précaution relèvent de l'utopie, compte tenu de la réalité clinique. Cela me frustre énormément. Je peux vous assurer que vous n'avez pas idée de ce que c'est au quotidien. Je suis peut-être la seule personne ici qui a passé la journée d'hier à écouter une patiente aux urgences m'expliquer pourquoi elle avait fait une surdose. Je suis peut-être la seule personne ici qui a entendu des milliers de personnes me raconter après le fait pourquoi elles avaient voulu se suicider et me parler de l'aide qu'elles auraient souhaité recevoir.

Proposer le suicide avant d'offrir de l'aide... Je ne comprends pas comment cela est possible.

L'hon. Helena Jaczek: Docteur Maher, je suis sûre que vous êtes un médecin extrêmement compatissant, mais n'avez-vous jamais eu de patients qui se sont suicidés?

John Maher: Bien sûr que oui.

L'hon. Helena Jaczek: Qu'est-ce qui s'est passé?...

John Maher: Le taux de suicide chez les personnes atteintes de schizophrénie est de 10 %. Le taux de suicide chez les personnes

suivies par des équipes de suivi intensif dans le milieu est inférieur à 2 %. Qu'est-ce que cela vous dit?

Comme je l'ai mentionné, il y a les études de Harvard et les recherches de l'Association canadienne pour la prévention du suicide. Nous savons que les traitements préviennent les récidives. Quatre mille personnes au Canada se suicideront cette année. Ces quatre mille ne représentent que 7 % de toutes celles qui ont fait une tentative. Cela signifie que 93 % n'ont pas fait de nouvelle tentative. Pourquoi? Parce qu'en situation de crise, il est possible d'obtenir de l'aide, ce qui me frustre profondément. Il faudrait que de l'aide puisse être obtenue bien avant d'atteindre ce point de crise. Quand je dis...

• (1855)

L'hon. Helena Jaczek: Excusez-moi.

Nous avons reçu ici un psychiatre qui partage pleinement votre opinion selon laquelle l'aide médicale à mourir ne devrait jamais être autorisée ou la situation considérée comme irrémédiable, sauf si la personne n'est pas en situation de crise. Il va de soi que si la personne est en crise, ce n'est pas le moment pour qu'une telle demande soit faite.

Pensez-vous que c'est une position raisonnable?

John Maher: Le suicide rationnel existe bel et bien — cela ne fait aucun doute. La plupart des personnes sont capables de discernement. Elles sont aptes à prendre leurs propres décisions de traitement.

Si vous prenez une décision à un moment où vous souffrez encore et ne pouvez pas obtenir d'aide, ou si vous ne croyez pas que de l'aide sera possible, ou lorsque vous en avez assez et êtes épuisé, je comprends cela. Parmi les 4 000 suicides au Canada cette année, 90 % concerneront des personnes atteintes de maladie mentale.

Oui, le suicide rationnel existe, mais pourquoi aiderions-nous des personnes à se suicider si elles peuvent le faire par elles-mêmes? Je ne veux pas paraître insensible...

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, docteur Maher.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour cinq minutes.

Luc Thériault (Montcalm, BQ): Merci, monsieur le président.

Docteur Maher, je comprends votre frustration. La santé mentale et la maladie mentale ont souvent été les parents pauvres des systèmes de santé pendant des années. Outre le fait que je compatissais à votre frustration et à la souffrance que vous voyez s'exprimer devant vous tous les jours, je me questionne sur votre témoignage de ce soir, parce que vous semblez indiquer que les gens qui ne pensent pas comme vous sont incompetents et que les psychiatres qui ont un autre avis que le vôtre sont incompetents.

Je ne suis pas un psychiatre ni un spécialiste des troubles mentaux. Toutefois, il faut faire la part des choses.

J'ai ici un document de l'Association des psychiatres du Canada. J'imagine que les gens qui font partie de cette association ne sont pas tous des incompetents. Ils sont rendus à faire des recommandations cliniques sur l'aide médicale à mourir. J'ai ce document devant moi. Il s'intitule « Recommandations cliniques canadiennes sur l'aide médicale à mourir (AMM): évaluation du critère d'admissibilité "grave et irrémédiable" chez les personnes atteintes de troubles mentaux qui demandent l'AMM et la gestion du risque suicidaire pendant le processus d'évaluation d'admissibilité de toutes les demandes d'AMM ».

Ces gens prétendent pouvoir faire de la formation sur les points sensibles que vous avez soulevés. Ils prétendent effectivement qu'il faut tenir compte des vulnérabilités structurelles dans un cas où ces dernières sont le principal motif de la demande. Dans le rapport du groupe d'experts, c'est clair. J'imagine qu'ils ne sont pas tous des incompetents. Dans les recommandations du groupe d'experts, on dit qu'il n'est pas question de continuer la discussion sur l'aide médicale à mourir avec un patient dans un état suicidaire.

Vous avez sûrement lu ce rapport. J'ai l'impression qu'il y a plusieurs principes de précaution pour justement répondre aux appréhensions que vous avez et éviter les situations que vous dénoncez ce soir.

Alors, qui devrais-je croire? Est-ce que tous ceux qui ne sont pas de votre avis sont des incompetents, comme vous l'avez dit?

[Traduction]

John Maher: L'interprétation avait été configurée initialement, mais elle ne fonctionne pas.

[Français]

Je vais essayer de vous répondre. Si je suis...

Luc Thériault: Excusez-moi de vous interrompre. Attendez un instant.

Madame la présidente, il faudrait dire aux témoins qu'il y a une façon de pouvoir entendre l'interprétation en français. J'exige de ne pas perdre mon temps avec des témoins qui n'ont pas été pris en charge avant la rencontre pour qu'ils puissent entendre ce que j'ai à dire.

Là, c'est la première fois que ça arrive, mais c'est déjà arrivé auparavant. J'aimerais qu'on prenne le temps de dire aux témoins comment faire pour entendre les interprètes. On ne peut pas avoir de discussion sur des points aussi sensibles que ceux-là si on ne s'entend pas et si on ne se comprend pas.

J'attends de vous que vous arrêtiez le chronomètre. Je souhaite que l'interprétation se fasse.

• (1900)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Je vais arrêter le chronomètre, et je vais expliquer ça au Dr Maher.

[Traduction]

Souhaitez-vous suspendre brièvement pour examiner cela, ou devons-nous...?

John Maher: Je crois qu'il y a un...

Le coprésident (Marcus Powlowski): Nous allons redonner son temps de parole à M. Thériault pour qu'il puisse reposer sa question.

Pour que vous compreniez bien, en bas de votre écran, vous pouvez sélectionner le canal approprié pour l'interprétation.

Vous voyez cela?

John Maher: Est-ce sous « audio »?

Le coprésident (Marcus Powlowski): Nous allons suspendre la séance.

• (1900)

(Pause)

• (1900)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Bon retour à tous.

[Français]

Monsieur Thériault, je vais vous redonner la parole. Vous pouvez poser votre question à nouveau.

Luc Thériault: Puisque le Dr Maher dit avoir compris ma question, nous allons commencer une discussion de cinq minutes.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Oui, nous allons commencer par cinq minutes.

Luc Thériault: D'accord.

Docteur Maher, puisque, semble-t-il, vous avez compris l'essentiel de mon intervention, vous pouvez répondre. Si ce n'est pas le cas, je vous le dirai.

John Maher: Certainement, vous pourrez me corriger, au besoin.

[Traduction]

Je n'ai pas qualifié mes collègues d'incompétents. J'ai dit qu'il leur manquait des connaissances. Un jeune psychiatre, tout comme les internes, manque de connaissances. Je ne suis pas spécialiste de l'anorexie. Je suis spécialiste de la schizophrénie et des troubles bipolaires. Nous manquons tous, dans une certaine mesure, de connaissances dans certains domaines de la vaste gamme de soins psychiatriques.

J'ai également mentionné ceux qui manquent de persévérance, et je pense que c'est là un point essentiel à souligner. Je suis un psychiatre surspécialiste, et comme tout surspécialiste, quel que soit son domaine... Si je lutte contre un cancer complexe, je me rends à l'hôpital Princess Margaret de Toronto. Je ne reste pas à l'hôpital local de Barrie. C'est en partie ce que je veux dire.

• (1905)

[Français]

Luc Thériault: Je comprends. Vous considérez donc que des gens n'ont pas votre compétence.

Je vous ai renvoyé au document de l'Association des psychiatres du Canada.

Avez-vous déjà eu à faire l'évaluation d'un patient qui demandait l'aide médicale à mourir?

Avez-vous suivi une formation de ladite association sur l'évaluation des critères d'admissibilité?

Considérez-vous que ce document est empreint d'incompétence?

Considérez-vous que, d'entrée de jeu, on ne peut pas évaluer un patient? Selon vous, est-ce impossible de faire une telle évaluation?

[Traduction]

John Maher: Je pense qu'il existe une compréhension fondamentale de l'évaluation de la capacité dont vous parlez. Il ne s'agit pas d'évaluer si une personne est admissible à l'aide médicale à mourir, mais plutôt si elle comprend et mesure les conséquences du refus de soins psychiatriques. Si elle comprend cela, elle est libre de faire ce qu'elle veut. Si elle souhaite bénéficier de l'aide médicale à mourir, elle est libre d'en faire la demande.

La capacité...

[Français]

Luc Thériault: Excusez-moi de vous interrompre. Ce n'est pas ce que dit le rapport du groupe d'experts.

Le rapport du groupe d'experts nous indique très bien que ce n'est pas parce que quelqu'un lève la main et dit qu'il veut l'aide médicale à mourir qu'il va être admissible. Pour établir si des gens sont admissibles à l'AMM, on y énonce une série de principes et de précautions qu'il faut considérer. À ce titre, ce n'est pas vrai qu'il suffit de refuser un traitement pour être admissible à l'aide médicale à mourir. Ce rapport nous dit le contraire.

J'imagine que, si vous êtes un expert en schizophrénie, ou, en tout cas, si vous avez guéri toutes les personnes qui étaient aux prises avec la schizophrénie, vous êtes vraiment qualifié pour recevoir le prix Nobel de médecine. Or, la schizophrénie est aussi une maladie qui ne se traite pas facilement. Il est possible que vous perdiez un patient. Il est possible qu'après 30 ans, un patient en ait assez, parce qu'il n'est pas soulagé de ses souffrances.

Ce qu'on dit ici, c'est qu'il n'est pas question de considérer qu'un patient qui est dans un état suicidaire puisse avoir accès à l'aide médicale à mourir. L'évaluation de la capacité décisionnelle semble être une spécialité des psychiatres, et certains de vos collègues nous disent qu'il est tout à fait possible de faire les choses dans les règles de l'art, ce que vous prétendez ne pas être possible.

Je suis d'accord avec vous qu'il faut plus de ressources pour traiter les gens et qu'il faut être encore plus proactifs et faire des soins en amont, mais ce sont deux dimensions et deux problèmes totalement différents. Ici, on se demande si on doit continuer à maintenir quelqu'un qui est au bout du rouleau dans un couloir de soins palliatifs ad vitam æternam, ce qui est tout ce que vous êtes capable de faire, puisque vous ne guérissez pas la personne.

[Traduction]

Le coprésident (Marcus Powlowski): Docteur Maher, il vous reste 15 secondes.

John Maher: Vous avez avancé deux affirmations que je n'ai pas faites. Je n'ai pas dit que si l'on vous juge apte, vous êtes admissible à l'aide médicale à mourir. Ce n'est pas ce que j'ai dit.

Je suis un véritable expert en matière d'évaluation de la capacité, c'est pourquoi la distinction logique que je fais est valable. Je dis simplement que l'Association des psychiatres du Canada fait erreur dans certains cas en ce qui concerne la capacité. Si vous consultez les ouvrages publiés à ce sujet, vous constaterez que le taux de concordance n'est que de 75 % environ. Si 25 % des psychiatres disent qu'une personne est « apte » ou « inapte », cela pose un problème. C'est un problème opérationnel.

Or, lorsque l'Association des psychiatres du Canada affirme que cela est possible, cela ne tient pas la route, parce que si vous vous trompez sur ce point et que vous déclarez qu'une personne est apte

alors qu'elle ne l'est pas... Beaucoup de gens prétendent être tout à fait rationnels et peuvent s'en tirer pendant un certain temps. C'est pourquoi l'expertise et les relations sont importantes.

Vous avez avancé deux affirmations que je n'ai pas faites. En ce qui concerne la souffrance à long terme...

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, docteur Maher. Nous devons poursuivre.

[Français]

Sénateur Dalphond, vous avez la parole pour trois minutes.

[Traduction]

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

Docteur Maher, je m'intéresse aux données. Vous avez fait référence à certaines données, mais j'aimerais que vous nous donniez une justification. Vous avez dit que 93 % des psychiatres s'opposent à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux.

D'où tirez-vous ce chiffre de 93 %?

• (1910)

John Maher: Ce chiffre provient d'une enquête de l'Ontario Medical Association, selon laquelle 90 % des personnes interrogées s'y opposent si des traitements courants n'ont pas d'abord été tentés. À ma connaissance, il n'existe pas de données récentes concernant le taux d'opposition réel, aucune enquête n'ayant été menée de manière continue.

Les données que j'ai fournies concernant l'opposition des Canadiens provenaient d'un sondage mené par Angus Reid.

L'hon. Pierre Dalphond: Cependant, vous avez dit qu'il s'agissait de 93 % des psychiatres, et non des Canadiens. Ce sont des gens censés être en mesure d'évaluer la capacité d'une personne.

Avez-vous dit que ce chiffre provenait d'une enquête?

John Maher: Oui, il provient de l'enquête de l'Association médicale de l'Ontario.

L'hon. Pierre Dalphond: Pourriez-vous nous fournir...

John Maher: Une enquête ne reflète jamais l'opinion de tout le monde. Seulement quelques centaines de personnes y répondent.

L'hon. Pierre Dalphond: D'accord. Pourriez-vous nous fournir un lien, afin que nous puissions accéder à cette enquête?

John Maher: Bien sûr.

L'hon. Pierre Dalphond: D'après votre réponse, je comprends que l'enquête demandait si les personnes devraient avoir accès à l'aide médicale à mourir à moins d'avoir épuisé d'autres options.

C'est bien ce que vous avez dit?

John Maher: Oui, à moins que des traitements courants n'aient été administrés.

L'hon. Pierre Dalphond: A-t-on demandé aux psychiatres s'ils seraient toujours opposés à l'accès à l'aide médicale à mourir après que des soins et des traitements courants aient été prodigués pendant quelques années?

John Maher: Non, on n'a pas posé cette question. La question posée était de savoir combien de personnes étaient favorables à l'aide médicale à mourir en cas de maladie mentale, et seulement 3 % des répondants étaient favorables.

L'hon. Pierre Dalphond: D'accord. Cela concerne les cas sans traitement. Vous avez également indiqué que le taux de décès par suicide est en hausse dans les secteurs de compétence où l'accès à l'aide médicale à mourir est possible pour les personnes souffrant de troubles mentaux.

De quelles données parlez-vous?

John Maher: À ce jour, environ cinq études ont été publiées. Jones serait l'un des auteurs qui me viennent à l'esprit pour avoir mené des recherches sur ce sujet. Il s'agit de recherches récentes, qui ont été motivées par l'aide médicale à mourir et par le lancement de programmes d'euthanasie dans divers pays. Ce sont des données fiables.

L'hon. Pierre Dalphond: Pourriez-vous nous fournir des copies de ces cinq études sur lesquelles vous vous appuyez?

John Maher: Je le ferai avec plaisir.

L'hon. Pierre Dalphond: Merci.

Ai-je encore du temps?

Le coprésident (Marcus Powlowski): Il vous reste 24 secondes.

L'hon. Pierre Dalphond: Merci beaucoup pour vos réponses.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Sénatrice Martin, vous avez la parole pour trois minutes. Je vous en prie.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin (sénatrice, Colombie-Britannique, C)): Merci à vous deux pour vos témoignages.

Ma première question s'adresse à M. Lyon.

Vous avez expliqué ce qui est arrivé à votre père. Je pense qu'il est important que nous comprenions ce qui s'est passé. Vous avez indiqué que votre famille avait eu du mal à convaincre un prestataire de l'aide médicale à mourir de prendre en compte les informations complémentaires que vous aviez tenté de lui communiquer concernant la maladie mentale de votre père.

À la lumière de cette expérience, pourriez-vous nous dire si cela vous a appris quelque chose sur la manière dont le système actuel traite les preuves relatives à la santé mentale, et pourquoi cela devrait préoccuper ce comité, alors qu'il examine la possibilité d'étendre l'aide médicale à mourir aux personnes souffrant d'une maladie mentale comme seul problème de santé sous-jacent?

Christopher Lyon: Cette expérience m'a donné l'impression que les prestataires concernés me donnaient des réponses contradictoires.

La prestataire de l'aide médicale à mourir de mon père semblait prétendre que ses idées suicidaires justifiaient le recours à l'aide médicale à mourir. Lors de nos conversations, comme je l'ai mentionné, elle a laissé entendre qu'il pourrait bien se suicider sans l'aide médicale à mourir, que la possibilité d'un suicide était désormais plus plausible, et d'autres choses de ce genre. Puis, lorsque j'ai évoqué la question de sa dépression, elle m'a répondu que s'il souffrait de dépression, il ne serait pas admissible à l'aide médicale à mourir. Je n'ai pas très bien compris la contradiction lorsqu'elle m'a dit: « S'il souffre de dépression, il ne peut pas bénéficier de l'aide médicale à mourir, mais celle-ci est acceptable s'il est suicidaire. » Selon la manière dont le mouvement pour le droit de mourir présente les choses, on constate que cela repose sur cette notion de suicide rationnel et qu'on commence à établir une distinction à ce niveau.

Sa prestataire m'a dit que le psychiatre se contenterait de lui donner raison lors de l'évaluation psychiatrique. L'évaluation du psychiatre évoque sa dépression et cite mon père, qui aurait dit quelque chose du genre... À partir de là, les termes utilisés sont très vagues, et le rapport continue sur cette lancée. On m'a décrit cette évaluation comme étant trop générale et de qualité médiocre. Il y a presque un décalage entre ce que le psychiatre cherchait à mettre en évidence et les différentes déclarations que sa prestataire m'a faites. C'était très déroutant.

La question de l'aide médicale à mourir dans le cas de maladies mentales suscite des divergences d'opinions parmi les cliniciens. Tel que la loi est rédigée, si je comprends bien — et si elle entre en vigueur en 2027 —, ce ne seraient pas les psychiatres qui procéderaient aux évaluations dans les cas de santé mentale. Ce seraient les mêmes infirmières praticiennes, médecins généralistes ou médecins qui effectueraient ces évaluations, sans avoir reçu de formation spécifique à cet effet. Si c'est vers cela que nous nous dirigeons, il n'y aura aucune cohérence.

• (1915)

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Il y a en effet une incohérence.

Merci.

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

Je voudrais souhaiter la bienvenue au sénateur Loffreda au sein de notre comité.

Vous avez la parole pour trois minutes. Je vous en prie.

L'hon. Tony Loffreda (sénateur, Québec (Shawinigan), GPS): Merci, monsieur le président.

Merci à nos experts d'être parmi nous ce soir.

Ma question porte sur la définition de l'« incurabilité » dans le domaine des maladies mentales. Docteur Maher, vous avez abordé ce sujet en profondeur. J'aimerais connaître l'avis de M. Lyon à ce sujet, si nous avons suffisamment de temps.

Il subsiste un désaccord important quant à savoir si et comment un trouble mental peut être considéré comme incurable. C'est une question très importante.

J'aimerais développer ce point. La définition clinique ou juridique actuelle offre-t-elle suffisamment de clarté pour garantir des évaluations cohérentes, ou risque-t-elle de donner lieu à des interprétations subjectives, susceptibles d'entraîner une application inégale ou dangereuse?

Je pose cette question, docteur Maher, car vous avez fait des affirmations très graves concernant le suicide et la maladie mentale — à savoir s'ils doivent justifier l'admissibilité ou non. Je viens d'un secteur où l'intégrité n'est jamais négociable. Je l'ai répété un million de fois. Aucun médecin n'a jamais fait l'objet d'une plainte, ni rien de ce genre. J'aimerais savoir ce que vous en pensez ou, plus important encore, comment vous jugez cela.

John Maher: C'est à moi que vous posez la question?

L'hon. Tony Loffreda: Oui. Docteur Maher, vous avez la parole. Je vous en prie.

John Maher: J'ai essayé de faire une plainte au sujet d'un médecin à l'un des ordres provinciaux, mais on m'a répondu que tant que le patient n'était pas décédé, il n'y avait pas eu de faute professionnelle.

J'ai déclaré que le médecin était parvenu à une conclusion tout à fait illégale. Aucun critère, même en faisant preuve d'une imagination débordante, ne permettait de considérer que ce patient remplissait les conditions requises pour bénéficier de l'aide médicale à mourir. Le médecin de famille et moi-même l'avons fait savoir au prestataire chargé de l'aide médicale à mourir. L'ordre des médecins a répondu que tant que la personne n'était pas décédée, il ne s'agissait pas d'une faute professionnelle. J'ai répondu que cette personne avait été incitée à exécuter un plan de suicide, qu'on lui avait fait croire qu'on lui donnerait la mort et qu'on lui avait proposé une date pour son exécution. L'ordre des médecins a déclaré qu'il ne ferait rien à ce sujet.

J'ai essayé, mes collègues ont essayé, et c'est là que nous nous butons à un mur.

L'hon. Tony Loffreda: Vous estimez que les outils, les protocoles et les mesures de précaution en place présentent des lacunes ou qu'ils pourraient être améliorés pour permettre de faire la distinction.

John Maher: Je sais que des meurtres ont été commis au Canada sans qu'aucune suite ait été donnée. La police se heurte à un mur, car les hôpitaux invoquent le caractère confidentiel des dossiers médicaux. Du côté des ordres professionnels — je ne dirais pas de tous les ordres —, d'après mon expérience et celle d'autres collègues, rien n'est fait. Ce n'est pas une priorité.

Oui, je suis au courant d'homicides.

L'hon. Tony Loffreda: C'est très inquiétant...

Le coprésident (Marcus Powlowski): Je suis désolé. Il ne vous reste plus que deux secondes environ.

L'hon. Tony Loffreda: Je travaille dur tous les jours, mais pas au point de réussir à caser une question dans aussi peu de temps.

Le coprésident (Marcus Powlowski): À moins de boire beaucoup de café, vous n'y arriverez pas.

Sénatrice Wallin, vous disposez de trois minutes. Je vous en prie.

L'hon. Pamela Wallin (sénatrice, Saskatchewan, GSC): Ma question s'adresse à M. Lyon.

J'ai lu dans vos qualifications que vous travaillez au sein du département d'environnement et de géographie, de même que dans le domaine de la biodiversité. Est-ce exact?

Christopher Lyon: C'est exact. C'est l'un des aspects de mon travail.

L'hon. Pamela Wallin: Avez-vous une formation juridique en bonne et due forme ou une formation dans le domaine des politiques ou du droit constitutionnel?

Christopher Lyon: Non, je n'en ai pas.

L'hon. Pamela Wallin: Si je vous pose cette question, c'est parce que vous avez rédigé et publié un article intitulé « Canada's Medical Assistance in Dying System Can Enable Healthcare Serial Killing ».

C'est une accusation très grave que de qualifier des professionnels de la santé d'être des tueurs en série. Sur quoi reposait cet avis

professionnel, alors que votre domaine n'est ni la médecine ni le droit?

• (1920)

Christopher Lyon: Plusieurs raisons m'ont motivé. Je suis avant tout un chercheur. Ce que je sais faire, c'est mener des recherches. Quand on examine la définition du meurtre en série donnée par les services de police, elle est assez simple. Elle consiste généralement à tuer deux ou trois personnes successivement, lors d'occasions ou d'événements distincts. C'est cela, le meurtre en série.

L'hon. Pamela Wallin: Votre raisonnement porte sur le fait que cela s'applique au milieu médical.

Christopher Lyon: La différence entre, disons, les meurtres en série commis par des criminels et l'aide médicale à mourir réside dans le fait que nous avons prévu une exclusion dans le Code criminel pour les professionnels de santé qui commettent un homicide dans le cadre de leur pratique.

L'hon. Pamela Wallin: Non. Il y a des normes et des conditions d'admissibilité pour la prestation de l'aide médicale à mourir. Cela n'a rien à voir avec les tueurs en série. Soyons sérieux.

Christopher Lyon: Vous parlez ici d'une définition juridique. Les meurtres en série sont des actes hors la loi. Quand on recourt à l'aide médicale à mourir...

L'hon. Pamela Wallin: D'accord, et, justement, ce n'est pas hors la loi. C'est la distinction que j'essaie d'expliquer.

Christopher Lyon: Vous créez une forme légale de meurtres en série avec l'AMM parce que...

L'hon. Pamela Wallin: L'aide médicale à mourir est légale selon la Cour suprême. Est-ce que vous comprenez?

Christopher Lyon: Oui, je sais. Je dis que vous créez une forme légale de meurtres en série. Je ne parle pas de tueurs en série, ce qui serait illégal. Mais l'AMM reste une forme de meurtres en série. Donc, si vous tuez deux ou trois patients de suite, vous commettez tout de même des meurtres en série dans un cadre légal, de sorte que...

L'hon. Pamela Wallin: Si le diagnostic est erroné ou si le cancer se propage plus rapidement, ou encore si la maladie mentale ne peut pas être diagnostiquée, vous dites que n'importe quel professionnel de la santé pourrait effectivement être accusé. C'est votre position.

Christopher Lyon: Ce n'est pas ma position.

L'hon. Pamela Wallin: Eh bien, l'aide médicale à mourir est légale au Canada. Elle a été...

Christopher Lyon: Je sais. C'est pourquoi je dis...

L'hon. Pamela Wallin: ...déclarée légale par la Cour suprême et par le Parlement.

Christopher Lyon: Selon la définition de base que les forces de l'ordre utilisent pour les meurtres en série, avant même de se demander si c'est légal ou non, il y a une distinction entre un homicide coupable et un homicide non coupable. Légalement, l'AMM est un homicide non coupable. Par conséquent, une série de décès liés à l'AMM entérinés par la loi constituent une série d'homicides non coupables.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, monsieur Lyon et sénatrice Wallin.

Sénateur Wells, vous avez trois minutes.

L'hon. Kristopher Wells (sénateur, Alberta, GPS): Je vais donner suite à ce que disait ma collègue. Les deux témoins d'aujourd'hui ont porté des accusations assez graves selon lesquelles les médecins seraient des meurtriers. À ce stade, le Comité doit en avoir la preuve avant que ces accusations puissent faire partie du dossier public. C'est ce que je voulais faire valoir.

Docteur Maher, êtes-vous au courant du sondage de 2026 d'Environics en faveur du TM-SPMI? La question du sondage se lit comme suit:

Compte tenu des mesures de protection de la voie 2, êtes-vous favorable ou opposé à ce qu'on permette à un adulte ayant la capacité de donner son consentement éclairé de demander une évaluation pour l'AMM et, s'il y est admissible, de recevoir l'AMM lorsque sa seule condition médicale est une maladie mentale grave résistant au traitement [...] et provoquant des souffrances persistantes et intolérables?

Êtes-vous au courant de ce sondage?

John Maher: Non.

L'hon. Kristopher Wells: D'accord.

John Maher: J'aimerais apporter une précision. Je n'ai traité personne de meurtrier. J'ai parlé d'homicide.

L'hon. Kristopher Wells: Ce n'est pas ma question.

À l'heure actuelle, 80 % des personnes interrogées sont d'accord avec cet énoncé. C'est l'opinion publique. En fait, cela figure au compte rendu.

Dans votre témoignage de mai 2022 devant le Comité, vous avez déclaré: « Nous n'avons pas encore trouvé de cas où le traitement et le rétablissement n'étaient pas possibles. » Pourtant, de nombreux témoins qui ont comparu devant nous ont déclaré qu'il faudrait traiter les personnes atteintes d'une maladie mentale comme on traite les personnes handicapées. Cela étant, estimez-vous que toutes les personnes atteintes d'une maladie mentale vont voir leur état s'améliorer?

John Maher: Non. Mais, à ce que je sache, on peut réduire les souffrances de toutes les personnes atteintes de maladie mentale...

L'hon. Kristopher Wells: Merci.

John Maher: ...et elles peuvent être aidées jusqu'à ce qu'elles ne soient plus suicidaires.

L'hon. Kristopher Wells: Malheureusement, mon temps de parole est limité.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Vous avez posé une très longue question. Je voudrais donner au témoin l'occasion d'y répondre brièvement.

L'hon. Kristopher Wells: On pouvait y répondre par oui ou non, monsieur le président. Est-ce que vous...

Le coprésident (Marcus Powlowski): Ne nous engageons pas dans cette voie.

L'hon. Kristopher Wells: J'invoque le Règlement.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Docteur Maher, vous avez environ 10 secondes pour répondre à la question.

John Maher: Merci. Je vais simplement répéter ma réponse. On peut réduire les souffrances et on peut offrir un traitement susceptible de réduire les pensées, les tendances et les plans suicidaires. Ces genre peuvent retrouver du sens et une raison d'être avec de l'aide, et c'est vrai pour 100 % d'entre eux.

• (1925)

L'hon. Kristopher Wells: Puis-je continuer?

Le coprésident (Marcus Powlowski): Oui.

L'hon. Kristopher Wells: Merci.

Monsieur Lyon, ma question est la suivante: avez-vous déjà personnellement évalué une personne demandant l'AMM?

Christopher Lyon: Non.

L'hon. Kristopher Wells: Ce que vous dites exprime donc votre prise de position personnelle, qui semble mettre l'accent sur la protection des personnes vulnérables. Que répondriez-vous si l'on vous disait que le fait de refuser l'accès à l'aide médicale à mourir à des adultes compétents est fondamentalement paternaliste et porte atteinte à leur autonomie et à leur dignité?

Christopher Lyon: Je n'ai jamais fait valoir cet argument ici.

L'hon. Kristopher Wells: Je vous demande comment vous répondriez aux préoccupations exprimées devant le Comité à cet égard.

Christopher Lyon: L'aide médicale à mourir découle de l'arrêt Carter. C'est donc, sur le fond, une décriminalisation constitutionnelle. Et puis il y a eu la décision d'un tribunal inférieur du Québec. Dans le cadre des paramètres fixés par la loi, pourvu qu'ils soient respectés, il n'y a pas beaucoup de matière à discussion à ce sujet.

J'ai une opinion personnelle sur ce qui se passe, si c'est ce que vous me demandez.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci. Je suis désolé, mais nous n'aurons pas le temps de l'entendre.

Monsieur Cooper, vous avez trois minutes.

Michael Cooper (St. Albert—Sturgeon River, PCC): Merci, monsieur le président.

Docteur Maher, pour donner suite à ce qui précède, vous avez dit qu'une patiente de 35 ans souffrant d'une maladie mentale grave s'est vue offrir l'aide médicale à mourir par un médecin de famille. Qu'est-il arrivé à cette patiente?

John Maher: Elle est décédée d'une maladie soudaine avant la date de l'AMM.

Michael Cooper: Ah bon.

Je voudrais maintenant donner suite à...

John Maher: Mais elle avait acheté son billet d'avion et était prête à partir, et ses parents étaient complètement affolés.

Michael Cooper: Vous avez dit que vous étiez au courant d'homicides commis sous le couvert de l'aide médicale à mourir et que vous les avez signalés. Pourriez-vous nous donner des précisions?

John Maher: Je n'ai pas appelé la police. Je l'ai signalé à un ordre professionnel.

J'ai également demandé l'aide de l'avocat de mon association professionnelle, et j'ai été surpris d'apprendre que l'Association canadienne de protection médicale compte maintenant quatre avocats dont le seul travail consiste à s'occuper des questions liées à l'aide médicale à mourir que les médecins ne cessent de leur soumettre. Les restrictions applicables aux décisions que nous pouvons prendre, compte tenu des limites de la confidentialité, sont extrêmes. Le mieux que je pouvais faire était de m'adresser à un ordre professionnel.

Michael Cooper: Et que s'est-il passé?

John Maher: Comme je l'ai déjà dit, on m'a dit que, tant que le patient n'est pas mort, il ne peut pas y avoir de faute professionnelle. La conversation laissait clairement entendre ceci: « Nous n'allons rien faire concernant l'aide médicale à mourir, parce que la loi est tellement vague que cela revient au professionnel de la santé de porter un jugement clinique sur la question de savoir si les conditions sont remplies ou non. » Comme il s'agit d'une norme subjective, il n'y a pas de norme objective. Si quelqu'un déclare qu'il a assez souffert, c'est suffisant.

Michael Cooper: Le Comité a été informé de cas documentés d'abus dans le cadre du régime de l'aide médicale à mourir et que l'on a rejeté de façon cavalière en les considérant comme anecdotes. Qu'en dites-vous?

John Maher: Je ne parle pas, quant à moi, d'expériences anecdotiques. Ce sont des expériences directes de l'AMM qui ont une incidence sur mes patients et sur mes équipes. Ce n'est même pas encore légal pour la maladie mentale, et cela perturbe déjà profondément nos efforts pour maintenir l'espoir et offrir un traitement pour guérir. Cela envoie aux gens le message que nous avons abandonné.

Michael Cooper: Les psychiatres peuvent-ils faire une distinction précise entre une tendance suicidaire et une demande rationnelle d'aide médicale à mourir, oui ou non?

John Maher: Non. L'aide médicale à mourir est un suicide. On prend des mesures pour organiser son propre décès. Cette distinction est artificielle.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, docteur Maher.

Madame Koutrakis, vous avez trois minutes.

Annie Koutrakis (Vimy, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins de leur présence ici ce soir. Ma question s'adresse à M. Lyon.

Je crois savoir que vous faites aussi des recherches à l'échelle internationale. D'après vos recherches sur la façon dont l'aide à mourir a évolué dans différents pays, pourriez-vous nous donner un exemple précis où l'admissibilité s'est élargie au fil du temps? Et qu'est-ce qui a motivé ce changement dans la pratique?

• (1930)

Christopher Lyon: Je ne fais pas de recherches sur l'aide médicale à mourir à l'étranger. Je m'intéresse surtout au Canada.

Il y a eu du travail aux Pays-Bas, par exemple, et en Belgique. Je pense que des gens comme Trudo Lemmens ou Scott Kim seraient peut-être mieux placés que moi pour vous parler de l'évolution de ces systèmes.

Annie Koutrakis: Dans le cadre de vos recherches au Canada, des professionnels vous ont-ils parlé de mesures de protection qui avaient peut-être l'air solides sur papier, mais qui n'ont pas donné les résultats escomptés dans la pratique?

Christopher Lyon: Je crois que quelques-uns d'entre eux ont comparu devant le Comité.

Annie Koutrakis: Docteur Maher, avez-vous quelque chose à ajouter? Selon votre expérience et dans le cadre de votre pratique, qu'avez-vous constaté par le biais de vos patients, de la recherche ou de données?

John Maher: Vous voulez dire du point de vue de l'expansion dans d'autres pays?

Annie Koutrakis: Oui.

John Maher: J'ai participé à de nombreuses conversations avec des gens d'autres pays qui se penchent sur ces questions. Si vous voulez savoir pourquoi cela prend de l'expansion, voici quelques-unes des questions les plus intéressantes qui se posent: pourquoi n'est-ce pas appliqué dans les pays asiatiques compte tenu de leurs valeurs et de leurs perspectives? Pourquoi y a-t-on renoncé récemment en Slovaquie? Pourquoi le Parlement écossais s'y est-il opposé? Pourquoi cette question a-t-elle suscité le chaos dans les discussions en Grande-Bretagne?

C'est une question de valeurs. Fondamentalement, ou bien vous soutenez la prévention du suicide et vous aidez vos citoyens à vivre, à guérir et à se rétablir, ou bien vous ne le faites pas.

Je suis désolé. Je n'ai pas grand-chose à ajouter.

Annie Koutrakis: J'ai été personnellement touchée par l'histoire de quelqu'un qui disait qu'un de ses parents était devenu sourd et aveugle et demandait... Cela a eu un impact énorme sur sa maladie mentale. Il avait demandé l'aide médicale à mourir, et sa demande a été rejetée. Il a donc pris les choses en main et s'est jeté du haut d'un balcon.

Êtes-vous d'accord pour dire que tous les Canadiens méritent une mort digne?

John Maher: Oui, mais nous avons des définitions différentes de la dignité. La plus grande dignité est de retrouver son autonomie et de pouvoir continuer à vivre.

L'idée que le suicide assisté est préférable à une mort tragique passe complètement à côté de l'essentiel. Ce qui est préférable, c'est un traitement visant à prévenir une mort tragique aussi bien que l'aide médicale à mourir.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, docteur Maher.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour deux minutes.

Luc Thériault: Docteur Maher, dans la littérature bioéthique, il y a une histoire des soins de fin de vie en contexte biomédical. Rappelez-vous que nous sommes passés de l'acharnement thérapeutique à la reconnaissance du droit de mourir. En effet, avant les soins palliatifs, la reconnaissance du droit de mourir s'appelait l'euthanasie passive, et nous entendions à l'égard de l'euthanasie passive quasiment les mêmes arguments que ceux que j'entends ce soir.

Nous sommes donc passés d'un paternalisme médical, qui imposait l'acharnement thérapeutique, à la reconnaissance d'un droit de mourir pour le patient par des soins palliatifs. Nous avons donc reconnu que le patient pouvait se prévaloir de soins de confort et, un peu plus tard, nous en sommes arrivés à l'aide médicale à mourir dans le respect de l'autonomie que vous voulez restituer à vos patients. C'est bien ça, l'objectif. Un patient peut décider de sa propre mort en situation de soins terminaux, n'est-ce pas? J'espère que vous êtes pour ça.

Ce respect de l'autonomie et de l'autodétermination de la personne, du patient souffrant, a amené à ce que nous appelons aujourd'hui de bonnes pratiques médicales. J'imagine que vous n'êtes pas contre ces bonnes pratiques médicales, qui consistent en la reconnaissance d'un refus de traitement vital et la cessation ou l'abstention de traitement quand ça devient futile.

J'aimerais savoir où vous vous situez quant à la question des soins de fin de vie et du paternalisme médical dont vous semblez faire preuve, peut-être à raison, sur le plan de la psychiatrie.

• (1935)

[Traduction]

John Maher: Je suis l'un des premiers bioéthiciens ayant reçu une formation officielle au Canada, et je connais donc bien les ouvrages spécialisés de ce domaine. J'ai vu le vent tourner au sujet de la notion de paternalisme, et j'en éprouve le plus grand respect et la plus grande gratitude. Nous devrions être libres de prendre nos propres décisions.

Sur le fond, je suis libre de me suicider. Pourquoi aurais-je le droit de demander à quelqu'un d'autre de le faire pour moi? Vous dites que nous devons fournir des soins et du soutien compatissants, mais je connais des patients qui invitent leur famille chez eux pour mettre fin à leurs jours, et ils n'ont pas besoin d'un médecin pour le faire.

Il y a une sorte d'allégation artificielle selon laquelle la présence d'un médecin améliorerait les choses ou préviendrait les erreurs, etc. Le paternalisme ici, c'est de dire qu'il faut un médecin, mais permettez-moi de vous dire que, si vous n'êtes pas prêt à vous tuer sans l'aide d'un médecin, cela signifie que le médecin est responsable d'incitation au suicide. C'est de la facilitation.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, docteur Maher.

Sénatrice Martin, vous avez deux minutes.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): D'accord. Ce n'est pas beaucoup.

Vous avez dit tout à l'heure que ce qu'on appelle l'autonomie peut parfois être une réaction à l'abandon, à la pauvreté, à l'isolement et au manque de soutien.

Ma question s'adresse au Dr Maher.

Si les évaluateurs sont déjà formés pour se concentrer strictement sur le consentement et la capacité, comment le Parlement peut-il faire confiance au système pour traiter en toute sécurité les cas où la maladie mentale sera la seule condition sous-jacente? Pourriez-vous nous expliquer ce qui se passe actuellement dans le système?

John Maher: Certainement. C'est un débat où il convient de nuancer les choses.

Dans les ouvrages spécialisés et dans les discussions sur la capacité, on traite les gens comme s'ils étaient M. Spock. Mais non. Ils sont chaotiques. Ils sont portés par leurs émotions, par le désespoir et par l'impuissance. En leur offrant précisément à ce moment l'aide médicale à mourir, on leur fait savoir qu'il n'y a rien d'autre pour eux.

On compromet gravement la relation clinique en offrant l'aide médicale à mourir. À moins que vous en fassiez directement l'expérience, je ne sais pas trop comment faire comprendre ce que cela signifie de priver les gens d'espoir, surtout lorsqu'ils doivent lutter sur du temps long.

M. Thériault demandait si j'allais faire souffrir quelqu'un pendant 30 ans. Trente ans, c'est une vie. Quelle sorte de vie cela a été pour eux? Comment dire qu'ils n'auraient pas dû avoir ces 30 années... Ils ont fait le choix de vivre.

L'autonomie représente mon choix de faire ce que je veux avec mon corps. Je peux me suicider. Cela peut sembler impitoyable, mais ce ne l'est pas. Les gens planifient sérieusement leur propre mort. Je peux vous raconter comment des gens planifient leur suicide. Si vous croyez que tout le monde fait cette chose terrible et

impulsive, sachez que c'est rare. On parle d'environ 10 % des gens. Pour être clair, cette impulsivité n'en est pas vraiment. Ils y ont réfléchi pendant des mois. Des recherches le confirment. C'est cela, l'autonomie: je peux faire ce que je veux.

Je m'oppose à ce qu'un système incite, séduise, invite les gens et les prive d'espoir. Ce n'est pas ainsi que nous, comme pays, devrions traiter les personnes vulnérables.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, docteur Maher.

Le dernier intervenant est le sénateur Loffreda. Vous avez deux minutes, monsieur.

L'hon. Tony Loffreda: Merci.

Merci, docteur Maher. Nous ne voulons pas priver les gens d'espoir. Nous avons tous besoin d'espoir.

Ma question pour vous, et pour M. Lyon si vous voulez faire appel à son expertise et si nous avons le temps, est la suivante: compte tenu de l'incertitude inhérente à ces évaluations, seriez-vous d'accord avec une mesure de protection nationale supplémentaire, comme un deuxième avis spécialisé obligatoire, pour garantir l'uniformité d'application et protéger les personnes vulnérables?

La surveillance des données et la confiance de la population sont très importantes, et la confiance de la population dans ce système dépend de la transparence, de l'uniformité et de la capacité à surveiller les résultats en temps réel. La collecte actuelle de données, d'après ce que je comprends et ce que j'ai entendu ce soir, n'est pas suffisante pour saisir la complexité de ces situations, notamment les demandes rejetées, les motifs de refus, et les indicateurs de vulnérabilité comme le manque d'accès aux soins ou aux mesures de soutien social.

Quelle est votre expérience et quel est votre sentiment à cet égard?

John Maher: Les psychiatres ont des préjugés. Il y a des raisons pour lesquelles certains psychiatres sont tout à fait en faveur de l'aide médicale à mourir et qu'ils sont prêts à faire des évaluations. Nous avons des préjugés.

Si vous voulez savoir ce que les données révèlent au sujet des évaluations de la capacité, il est très facile de déterminer qui est extrêmement psychotique ou profondément déprimé. Il est très facile de déterminer qui s'en tire vraiment bien et qui est tout à fait capable et rationnel, ce qui correspond à la majorité des gens. Ce qui est compliqué, c'est la zone grise, et la zone grise est importante. Les données indiquent qu'environ 75 % des psychiatres s'entendent sur ce qu'ils constatent. Donc, si 25 % sont en désaccord, cela fait déjà beaucoup.

À vrai dire, la question de la capacité est à mon avis une diversion. J'y réfléchis depuis longtemps. Les gens en restent à l'idée qu'il faut déterminer si les candidats sont en mesure de décider. Cela se fait tous les jours en psychiatrie, et c'est ce qu'on appelle une évaluation de la capacité pour les décisions relatives au traitement. Dans la mesure où vous appelez l'aide médicale à mourir une décision de traitement, elle entre dans cette catégorie.

Dire que c'est spécial ou différent ne traduit pas, en fait, la réalité du travail quotidien en soins de santé mentale. Y a-t-il des gens mieux placés que d'autres pour évaluer la capacité? Absolument. Si j'ai 40 ans d'expérience, je ne verrai pas les choses de la même manière qu'un jeune diplômé.

• (1940)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, docteur Maher.

Merci de nous consacrer du temps, monsieur Lyon et docteur Maher.

Nous allons suspendre brièvement la séance pendant que le prochain groupe de témoins s'installe.

• (1940)

(Pause)

• (1945)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Nous reprenons nos travaux.

Andrew Lawton: J'invoque le Règlement.

Monsieur le président, je crois que nous avons perdu environ 11 minutes avec le premier groupe de témoins en raison d'un problème technique. Nous avons dépassé d'environ 20 minutes le temps alloué. Pourriez-vous confirmer jusqu'à quand nous aurons les ressources nécessaires et si nous aurons le temps de faire toutes nos séries de questions avec tous les autres groupes?

Le coprésident (Marcus Powlowski): Nous avons des ressources jusqu'à 9 h 45, mais nous essaierons de terminer d'ici là. Je crois que nous devrions peut-être écouter un peu le dernier groupe de témoins pour entendre tous les témoignages.

Est-ce que tout le monde est d'accord? Je pense que nous voulons tous terminer autant que possible vers 9 h 30.

Annie Koutrakis: La journée a été longue.

Le coprésident (Marcus Powlowski): J'espère que tout le monde sera d'accord pour soustraire un peu de temps au troisième groupe au besoin, mais nous avons jusqu'à 15 minutes...

L'hon. Kristopher Wells: Ne pourrait-on pas couper dans les deux groupes plutôt que de priver le troisième groupe? Je pense que ce serait juste.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Oui, en effet, si tout le monde est d'accord. On pourrait soustraire, disons, 10 secondes à chacun des témoins du prochain groupe.

Est-ce que tout le monde s'entend sur les 10 secondes?

Un député: Oui, il faut que ce soit égal.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Tout le monde est d'accord? Nous allons enlever 10 secondes à tout le monde, et j'espère que cela nous permettra de respecter l'horaire.

Des députés: D'accord.

Le coprésident (Marcus Powlowski): On m'a demandé de relire ceci rapidement, parce que quelqu'un a mal compris la traduction dans une question précédente.

J'aimerais confirmer que les tests de son sont concluants.

Avant de continuer, je demande à tous les participants ici présents de consulter les instructions inscrites sur la carte posée sur la table. Ces mesures servent à prévenir les incidents acoustiques et à protéger la santé et la sécurité de tous les participants, notamment des interprètes. Vous verrez également un code QR sur la carte: c'est un lien vers une courte vidéo d'information.

J'aurai quelques observations à faire à l'intention des témoins et des membres du Comité.

Veillez attendre que je vous donne la parole nommément avant de parler. Pour ceux qui participent par vidéoconférence, cliquez sur l'icône du micro pour l'activer et veuillez le désactiver quand vous ne parlez pas. Pour ceux qui utilisent Zoom, vous pouvez, au bas de votre écran, sélectionner le canal qui vous convient: parquet, anglais ou français. Pour ceux qui sont dans la salle, vous pouvez utiliser l'oreillette et sélectionner le canal qui vous convient. Je vous rappelle que tous les commentaires doivent être adressés à la présidence.

Sur ce, j'aimerais souhaiter la bienvenue à notre deuxième groupe de témoins.

Nous accueillons Gabrielle Peters, cofondatrice de Filibuster du handicap, ainsi que Catherine Frazee, professeure émérite, School of Disability Studies, Toronto Metropolitan University. Elles vont se partager cinq minutes. Nous accueillons également Michelle Hewitt, présidente du conseil d'administration de Handicap sans pauvreté, et Krista Carr, présidente-directrice générale d'Inclusion Canada.

Nous allons commencer par Mme Peters et Mme Frazee, qui auront cinq minutes à elles deux.

Madame Peters, je crois que c'est vous qui allez commencer et, si j'ai bien compris, nous devons peut-être vous accorder plus de temps en raison de problèmes médicaux et respiratoires. Nous allons donc vous donner un peu de latitude.

Si vous voulez commencer, madame Peters, je crois que vous avez une vidéo...

• (1950)

Gabrielle Peters (cofondatrice, Le filibuster du handicap): Non, je parle en direct.

Le coprésident (Marcus Powlowski): D'accord. C'est Mme Frazee qui a une vidéo.

Madame Peters, allez-y.

Nous allons faire de notre mieux pour vous donner cinq minutes à toutes les deux. Allez-y, je vous en prie.

Gabrielle Peters: Je vais faire de mon mieux. Je vous remercie des accommodements.

Je suis entre autres membre du comité consultatif de recherche sur l'expérience vécue en psychiatrie de Providence Health Care. Je m'étonne toujours de l'urgence accordée à l'élargissement de l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de maladie mentale au détriment du financement de soins complets en santé mentale, de mesures de soutien, de services, d'un revenu décent et d'un logement pour les personnes atteintes de maladie mentale. L'injustice peut souvent être mesurée par le temps.

On sait très bien que ni les gens ni les politiques ne sont des entités isolées, et pourtant on aborde l'aide médicale à mourir comme si elle existait dans le néant, sans aucune influence sur la société ni de conséquence pour celle-ci. Dans le peu de temps dont je dispose, je vais vous parler de quelques mythes persistants qui compromettent et entravent la compréhension plutôt que de la favoriser.

Le premier mythe est l'affirmation selon laquelle les gens s'opposent à l'élargissement de l'aide médicale à mourir parce qu'ils croient que la maladie mentale est moins réelle que la maladie physique et qu'ils la jugent moins importante et moins digne d'appui. C'est faux. La séparation entre maladie physique et maladie mentale est affirmée et maintenue par le modèle médical et l'État canadien. La santé mentale fait l'objet d'un système de soins de santé à deux vitesses en raison de l'exclusion de nombreux éléments essentiels du système public de soins de santé du Canada. Le budget moyen des soins de santé mentale dans les provinces et les territoires est inférieur à celui de nombreux pays homologues. Toutes proportions gardées, les dépenses publiques du Canada au titre de la maladie mentale sont inférieures à ce qu'elles sont pour l'ensemble des maladies. Les droits civils des personnes atteintes d'une maladie mentale sont particulièrement menacés, et elles sont plus susceptibles d'avoir des interactions avec la police et le système carcéral.

La stigmatisation suppose du pouvoir. Sans pouvoir, la stigmatisation n'est qu'une opinion négative. Quant aux affirmations découlant du mythe, elles viennent de vous — pas de nous. Les personnes handicapées considèrent le handicap comme un vaste ensemble. L'expérience de l'oppression n'est pas la même, mais sa cause l'est. N'oubliez pas que la majorité des personnes handicapées ont plus d'un handicap. La cooccurrence de la maladie chronique et de la maladie mentale est courante.

Le deuxième mythe est que le fait de ne pas élargir l'aide médicale à mourir constituerait de la discrimination. C'est également faux. Ces affirmations et d'autres de la part des partisans de l'aide médicale à mourir traduisent une profonde incompréhension du handicap, de l'histoire des droits des personnes handicapées et des causes et conséquences de la discrimination et de l'injustice dont elles sont victimes, ainsi que des solutions. Ceux qui tiennent tant à aider une population privée d'autonomie à mettre fin à ses jours font certes un choix, mais pourquoi?

Au moins une étude a révélé que le soutien à l'euthanasie en cas de maladie mentale était positivement corrélé avec des attitudes de stigmatisation envers les personnes atteintes. De plus, un chapitre à venir de Trudo Lemmens et Scott Kim démontre que les arguments de parité mènent logiquement à une autonomie totale — la mort sur demande pour n'importe qui.

Cela correspond à une analyse de l'invalidité qui, depuis des années, demande: pourquoi nous? La cooptation ou, dans le meilleur des cas, la compréhension dépassée et erronée des droits des personnes handicapées invoqués au nom de l'élargissement de l'aide médicale à mourir témoigne d'une méconnaissance et d'une incompréhension de leur situation. L'aide médicale à mourir est, entre autres, le fruit d'une injustice épistémologique et elle doit être abrogée et non pas élargie.

Merci.

● (1955)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Madame Frazee, je crois comprendre que vous avez une vidéo. Nous allons la regarder.

Madame Frazee a préparé une vidéo en raison de ses difficultés à communiquer.

Catherine Frazee (professeure émérite, School of Disability Studies, Toronto Metropolitan University, à titre personnel): *Transcription de la présentation vidéo:*

Je tiens à reconnaître d'emblée à la fois la nature et les limites de ma contribution aujourd'hui. Je m'exprime à titre de personne qui évolue dans le monde depuis sept décennies avec un handicap physique important. J'ai consacré ma carrière à analyser ce vécu à travers les prismes du droit, des politiques et de la culture.

Je tiens à souligner que votre travail au sein du Comité doit s'appuyer sur ce que le droit appelle la « maladie mentale », une notion qui s'est imposée à travers la neurodiversité, la survie psychiatrique, l'identité intersectionnelle et la recherche sur la folie. Sollicitez l'apport de personnes qui ont non seulement vécu ces réalités, mais qui les ont intégrées pour en acquérir une compréhension profonde.

Il s'agit là d'une entreprise différente de celle qui consiste à trouver des personnes prêtes à parler de leur propre désir de recourir à l'aide médicale à mourir. Les témoignages à la première personne ont leur place ici, mais ils ne peuvent se substituer à l'autorité épistémologique, et le Comité doit être clair sur cette distinction.

Entre 2021 et 2023, j'ai fait partie d'un groupe de travail sur le programme de formation des praticiens de l'aide médicale à mourir. Mon compte rendu complet est publié ce mois-ci dans la Revue canadienne d'études sur le handicap, et il est joint à mon témoignage écrit.

J'y ai découvert une culture imperméable à l'introspection et à l'humilité qui devraient accompagner toute décision d'autoriser la mort. Mes questions visant à déterminer si le désespoir d'un demandeur d'aide médicale à mourir provenait d'une vie dépourvue de reconnaissance ou de soutien ont été rejetées comme des menaces à l'autonomie. La vulnérabilité a été réduite à l'insignifiance. Ce qui subsiste dans le programme de formation apprend aux évaluateurs à vérifier, certes, l'aptitude et le consentement, mais sans aller plus loin, comme si l'exigence légale d'un examen consciencieux n'avait jamais existé.

Dans l'affaire *Carter c. Canada*, le juge Smith a fondé la légitimité de ce régime sur la confiance dans le jugement médical, sur le fait que les médecins appliquent, selon ses propres termes, le plus haut niveau d'examen, puisque la sûreté de leur pratique dépend des compétences et de l'engagement des médecins responsables. J'ai observé cet engagement de près dans un programme conçu pour amener les praticiens à détourner le regard. La confiance que la Cour et le Parlement ont placée dans le jugement médical n'a pas été honorée.

Au vu de ces éléments, le Comité ne peut raisonnablement envisager d'élargir un régime qui n'a pas encore appris à rendre compte du pouvoir qu'il exerce déjà.

Merci de votre attention.

● (2000)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Nous entendrons maintenant Michelle Hewitt. Nous essaierons de vous limiter à cinq minutes.

Michelle Hewitt (présidente du conseil, Le handicap sans pauvreté): Merci.

Je m'appelle Michelle Hewitt. Je suis la présidente du mouvement Le handicap sans pauvreté. À ce titre, je tiens à vous informer que des recherches menées par l'Université de la Colombie-Britannique révèlent que 75 % des personnes vivant dans le Downtown Eastside de Vancouver souffrent de troubles mentaux. Ces personnes ne veulent pas de l'aide médicale à mourir. Elles veulent de l'aide pour vivre leur vie dans la dignité et s'épanouir.

Aujourd'hui, je voudrais vous parler de mon mari, Victor Enns, qui a eu recours à l'aide médicale à mourir pour mettre fin à ses jours le 9 décembre 2025. Victor ne voulait pas mourir. Victor était poète et écrivain. En plus d'écouter de la musique, il aimait la vie. Il avait un sens de l'humour redoutable, il s'intéressait à tout ce qui se passait dans le monde et il aimait profondément sa famille.

Victor a reçu un diagnostic de dépression chronique dans la vingtaine, et il avait 70 ans lorsqu'il est décédé. Il y a environ 30 ans, il a bénéficié d'un bon accompagnement de la part de psychiatres et a trouvé un cocktail de médicaments qui permettait de bien gérer sa dépression. Si l'aide médicale à mourir pour les maladies mentales avait existé plus tôt, Victor aurait pu y avoir recours lors d'un épisode dépressif antérieur. Au lieu de cela, avec plus de temps et de bons soins, sa dépression a été maîtrisée.

Le principal handicap de Victor était une douleur chronique due à une arthrose sévère, mais il la gérait bien grâce à un opioïde. En 2022, il a perdu son médecin de famille. Cela a déclenché une série d'événements qui l'ont privé de cet opioïde et lui ont valu une prescription excessive d'un autre médicament, ce qui a entraîné une dépression respiratoire, une hypoxie et une semaine de coma médical. Par la suite, on lui a prescrit du Suboxone. Victor souhaitait retrouver son opioïde d'origine, car celui-ci était plus efficace. Ironiquement, on lui a répondu qu'il ne pouvait pas le prendre, de crainte qu'il ne subisse une nouvelle dépression respiratoire et ne décède.

Au début de l'année 2025, Victor a demandé à passer des tests psychologiques, car il sentait que quelque chose n'allait pas. Les tests ont révélé qu'il présentait certains changements cognitifs, mais il était impossible de savoir dans quelle mesure les médicaments qu'il prenait pour soulager sa douleur ou les événements liés à sa semaine de coma avaient joué un rôle dans cette situation. On lui a diagnostiqué une démence précoce.

Victor a alors commencé à dire qu'il pensait que l'aide médicale à mourir ferait partie de son avenir. La possibilité d'une démence l'effrayait. Il atteignait également rapidement la limite de prescription de Suboxone. En mai 2025, Victor a déposé son dossier, considérant toujours cela comme une option pour l'avenir. Lorsqu'une date a été fixée pour son évaluation, Victor s'est préparé en rédigeant une liste des raisons pour lesquelles il estimait qu'il devait être admissible. Moins de 10 minutes après son arrivée, après les présentations et les explications sur l'aide médicale à mourir, on a dit à Victor que l'évaluateur avait déjà décidé qu'il était admissible et qu'il pouvait choisir entre la voie 1 et la voie 2. Comme Victor n'avait pas l'intention d'y avoir recours à court terme, il a coché la voie 2. Moins de 25 minutes plus tard, l'évaluateur était parti.

Le deuxième évaluateur est arrivé et nous a dit qu'il était d'accord avec son collègue. Il a consacré tout le temps à remplir des formulaires. Il a également dit qu'il serait heureux d'évaluer Victor pour la voie 1 ou la voie 2, et qu'il suivrait la recommandation de son collègue pour la voie 2. Il est parti au bout de 30 minutes, nous indiquant quand il serait en vacances afin que Victor puisse planifier son décès en fonction de celles-ci.

Victor n'avait pas plus de chances de mourir dans un avenir prévisible que moi de ma sclérose en plaques. Il n'y a jamais eu la moindre tentative, comme le prévoit la loi, pour voir si d'autres options auraient pu l'aider. Ils ne nous ont plus jamais revus jusqu'à ce que sa vie s'achève suite à l'aide médicale à mourir.

À partir de ce moment-là, la maladie mentale de Victor s'est aggravée à mesure que sa paranoïa s'intensifiait, que sa douleur augmentait et qu'il atteignait la limite du Suboxone. En résumé, sans soutien et sans contrôle de la douleur, il a choisi l'aide médicale à mourir.

Ne croyez pas que l'aide médicale à mourir offre un choix et la dignité dans la mort. On nous a dit que Victor ne pouvait mourir qu'avant le début de la journée de travail du prestataire ou à la fin de celle-ci; nous avons donc choisi 16 heures, simplement parce que c'était plus facile que 8 heures. Nous avons précisé que Victor ne pouvait passer que très peu de temps allongé sur un lit, car cela lui causait beaucoup de douleur. Il n'avait pas dormi dans un lit depuis deux ans. On n'en a pas tenu compte, puisqu'on lui a demandé de s'allonger sur le lit bien trop tôt.

L'arrivée tardive du médecin et le fait que Victor soit allongé dans un lit sans analgésiques — car nous ne pensions pas qu'il aurait besoin d'une autre dose, mais tout prenait tellement de retard —, l'ont conduit à demander à grands cris qu'on le tue. Comme la perfusion était mal placée, ils ont dû changer de bras, et je n'ai pas pu être à ses côtés lorsqu'il est mort. Nous nous criions des adieux à travers la pièce.

• (2005)

Je crois que ce que Victor a vécu n'est pas un cas isolé. Le programme d'aide médicale à mourir est gravement défaillant, et il ne fonctionne pas comme vous le croyez. Victor n'avait aucun contrôle sur la situation. Le seul résultat, c'est qu'il est mort, alors qu'il ne voulait pas mourir. Il avait le sentiment de n'avoir pas d'autre choix.

Le programme actuel présente clairement des problèmes si graves que vous ne devriez pas envisager de l'étendre, surtout pour quelque chose d'aussi controversé que la maladie mentale comme seule condition. La voie 1 nécessite une attention particulière, et la voie 2 doit être supprimée.

Je suis venue ici aujourd'hui pour vous relater les aspects les plus douloureux de la mort de mon mari, ce qui n'est pas facile, alors n'hésitez pas à me poser des questions.

Merci de votre attention.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, madame Hewitt.

Madame Carr, vous disposez de cinq minutes.

Krista Carr (présidente-directrice générale, Inclusion Canada): Monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du Comité, je m'appelle Krista Carr et je suis directrice générale d'Inclusion Canada. Nous sommes la fédération nationale représentant les personnes ayant une déficience intellectuelle et leurs familles, avec 13 associations provinciales et territoriales membres et plus de 300 associations locales à travers le pays.

Chaque jour, nous menons des actions de sensibilisation, d'éducation et de mise en œuvre de programmes dans le domaine du handicap et des droits de la personne. Nous œuvrons pour que les personnes ayant une déficience intellectuelle bénéficient du même accès, de la même dignité, des mêmes chances et de la même égalité que tout le monde.

Nous vivons également la dure réalité d'une pauvreté institutionnalisée et de systèmes d'aide défaillants, d'une pénurie de logements, de soins à domicile inadéquats et d'un soutien insuffisant en matière de handicap et de santé mentale. Nous sommes confrontés à une discrimination systémique et à des désavantages historiques. Nous voyons des personnes vulnérabilisées par les systèmes mêmes qui sont censés leur apporter un soutien. Nous évoluons dans des systèmes qui envoient régulièrement aux personnes handicapées le message qu'elles sont brisées, qu'elles sont un fardeau pour leurs familles et pour la société, et depuis 2021, en raison de la voie 2 de l'aide médicale à mourir, que leur vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

Nous subissons chaque jour les conséquences de ce régime d'aide médicale à mourir. Nous observons une tendance selon laquelle des personnes choisissent le suicide assisté non pas par un véritable désir de mourir, mais parce qu'elles n'ont tout simplement pas accès aux aides nécessaires pour vivre dans la dignité. Nous répondons chaque semaine à des appels de personnes handicapées à qui l'on a proposé l'aide médicale à mourir alors qu'elles tentaient d'accéder au système de santé pour des raisons allant d'une contusion à la hanche à une pneumonie.

À la grandeur du pays, des personnes handicapées sont poussées vers la mort alors qu'elles ne cherchent qu'à obtenir de l'aide. C'est là le côté humain de l'aide médicale à mourir, et ce n'est pas rare. Quand je vous dis que cela se produit, je vous demande de me croire et de les croire. Ne réduisez pas ces expériences à de simples anecdotes. Ce sont des personnes dont la vie est directement affectée par les lois que vous avez rédigées.

L'aide médicale à mourir est une question de droits individuels et d'égalité. La voie 2 de l'aide médicale à mourir ne s'applique qu'aux personnes handicapées qui ne sont pas en fin de vie. Cet accès à l'aide à mourir fondé sur le handicap constitue une discrimination contraire à l'article 15 de la Charte. Il dévalorise la vie des personnes handicapées, renforce les stéréotypes néfastes et aggrave les désavantages historiques. Aucune garantie supplémentaire ne peut changer cela.

Les Canadiens sans handicap qui vivent dans la pauvreté, l'isolement ou la souffrance sociale ne se voient pas proposer la mort. On leur propose plutôt des services de prévention du suicide, des traitements, un logement et un soutien. Les personnes handicapées ont droit à la même réponse. Or, on propose l'aide médicale à mourir aux personnes handicapées au lieu de leur venir en aide.

La voie 2 est incompatible avec les obligations du Canada en matière de droits de la personne, tant à l'échelle nationale qu'internationale. En 2025, le Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies a exprimé sa profonde préoccupation concernant la voie 2 et a recommandé au Canada de l'abroger, y compris l'élargissement prévu à la maladie mentale comme seule condition sous-jacente. Il a établi un lien entre les demandes d'aide médicale à mourir et les échecs en matière de réduction de la pauvreté, de soins de santé, de logement et de services communautaires de santé mentale.

Je vais aborder brièvement les arguments que le Comité sur l'aide médicale à mourir a entendus.

Il a entendu dire que les organismes de défense des droits des personnes handicapées ne représentent pas la communauté des personnes handicapées sur cette question. Cette affirmation est inexacte et profondément offensante. Ces organismes sont dirigés par

des personnes handicapées et leur rendent des comptes. Nos organismes sont reconnus par les tribunaux canadiens et les organismes internationaux comme des organisations représentatives des personnes handicapées. Nous sommes les porte-parole d'une réalité façonnée par l'expérience vécue et un passé de discrimination.

On vous a demandé d'accorder un poids égal aux organismes de défense des droits en fin de vie. Avec tout le respect que je vous dois, ceux-ci ne représentent pas les personnes handicapées dans leur ensemble. En matière de législation sur le handicap, le Parlement doit accorder la plus grande importance aux organismes issus de la communauté des personnes handicapées elle-même.

On demande maintenant au Parlement d'ajouter la maladie mentale à la voie 2. Il n'existe aucun consensus professionnel à ce sujet. En 2022, les chefs de service de psychiatrie des 17 facultés de médecine canadiennes ont appelé à un report, avertissant qu'il n'existe aucun moyen reconnu de distinguer une demande d'aide médicale à mourir d'une idéation suicidaire. L'American Psychiatric Association s'oppose à l'aide médicale à mourir lorsque la maladie mentale est la seule condition.

Accordez un traitement égal aux personnes handicapées. Si d'autres personnes en crise bénéficient de mesures de prévention du suicide, offrez ces mêmes mesures aux personnes handicapées. Si d'autres Canadiens atteints de maladie mentale bénéficient d'un traitement, offrez ce même traitement aux personnes handicapées. Si les personnes handicapées sont pauvres et isolées, combattez cette pauvreté et cet isolement par le logement, un revenu et un soutien pour leur permettre de vivre dans la dignité.

● (2010)

On ne peut parler d'égalité quand tout le monde reçoit de l'aide et les personnes handicapées reçoivent la mort.

Mesdames et messieurs les membres du Comité, maintenez l'exclusion pour les maladies mentales, abrogez la voie 2 et ne rédigez pas une loi pour tout le monde et une autre pour nous. On ne peut pas faire marche arrière après la mort.

Merci de votre attention.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

C'est maintenant au tour de M. Patzer, qui dispose de quatre minutes et 40 secondes.

Je vous suggère, puisque je pense que nous souhaitons tous ardemment partir d'ici avant 21 h 45, de ne pas hésiter à prendre moins de temps.

Jeremy Patzer: C'est beaucoup demander à un politicien, monsieur le président.

Quoi qu'il en soit, merci à tous les témoins d'être venus. Je vous suis très reconnaissant de vous voir disposés à nous faire profiter de votre vécu.

Je vais m'adresser d'abord à Mme Carr.

Avant même que notre comité n'envisage d'élargir en 2027 l'aide médicale à mourir lorsque la maladie mentale est la seule affection sous-jacente, pouvez-vous nous donner un aperçu du type d'appels qu'Inclusion Canada reçoit de la part de personnes et de familles concernant le cadre actuel de l'aide médicale à mourir? Que nous révèlent ces témoignages sur les risques d'un nouvel élargissement?

Krista Carr: Merci pour cette question.

Nous recevons des appels chaque semaine, et pas uniquement de personnes ayant une déficience intellectuelle ou de membres de leur famille. Comme nous nous sommes exprimés haut et fort sur cette question, nous recevons également des appels de personnes présentant toutes sortes de handicaps.

Elles se répartissent en deux catégories: les personnes handicapées qui nous contactent en dernier recours pour trouver quelqu'un qui puisse les aider, car elles ont tout essayé pendant si longtemps pour obtenir l'aide dont elles ont besoin; et celles qui ont eu recours à notre système de santé pour des choses courantes et ordinaires de la vie quotidienne et à qui l'on a proposé l'aide médicale à mourir pour tout et n'importe quoi, comme je l'ai mentionné, qu'il s'agisse d'une contusion à la hanche suite à une chute d'un taxi ou d'un traitement contre la pneumonie. Elles ont en commun qu'aucune d'entre elles ne voulait mourir.

Nous avons reçu des appels, comme celui d'une personne handicapée victime de violence conjugale qui n'avait aucun revenu pour sortir de cette situation, car elle vivait d'une prestation d'invalidité, et qui estimait que si elle ne pouvait pas se sortir de cette situation, il vaudrait mieux qu'elle soit morte, sinon elle risquait d'être tuée. Nous avons eu une personne atteinte de dystrophie musculaire ayant vécu avec un parent qui lui apportait un soutien considérable. Après le décès de ce parent d'un cancer, une fois ce soutien perdu, elle n'a pu obtenir l'aide nécessaire pour vivre chez elle et allait être placée en institution. Nous avons eu des personnes en liste d'attente depuis trois ans pour consulter des spécialistes de la gestion de la douleur chronique.

La liste est longue. Nous avons un classeur rempli d'exemples.

Jeremy Patzer: Je vous remercie.

La question dont nous sommes saisis concerne l'aide médicale à mourir lorsque la seule affection sous-jacente est une maladie mentale. Que nous apprennent les données dont nous disposons déjà sur les personnes qui bénéficient actuellement de l'aide médicale à mourir et sur ce qui les pousse à y avoir recours? Pourquoi cela devrait-il inciter le Parlement à faire preuve de prudence avant d'élargir l'aide médicale à mourir aux maladies mentales?

Krista Carr: Nous citons souvent les données sur la voie 1 de l'aide médicale à mourir, mais les données dont nous disposons sur la voie 2 nous indiquent que les personnes qui y ont recours sont de manière disproportionnée des femmes, des Autochtones, des personnes vivant dans la pauvreté, à faible revenu et isolées, qui ont le sentiment d'être un fardeau pour leur famille.

• (2015)

Jeremy Patzer: On nous assure que ce nouvel élargissement est sans danger, mais si nous élargissons l'aide médicale à mourir aux personnes qui ont une maladie mentale comme seule pathologie sous-jacente, quelles pathologies cela inclurait-il concrètement, et quels effets cela aurait-il sur la prévention du suicide au Canada?

Krista Carr: La définition qui sera utilisée provient du DSM-5, qui est la définition du « trouble mental ». Quelques 290 étiquettes différentes relèvent de cette définition. Cela inclut la déficience intellectuelle, l'autisme, les traumatismes, les troubles alimentaires et la dysphorie de genre, et la liste ne s'arrête pas là. Il s'agit là d'un élargissement énorme qui concerne un nombre considérable de personnes.

Jeremy Patzer: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je m'en tiendrai là.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci beaucoup.

Monsieur Ramsay, vous disposez de quatre minutes et 50 secondes.

[Français]

Jacques Ramsay (La Prairie—Atateken, Lib.): Je remercie beaucoup tous les témoins.

Madame Carr, vous introduisez une notion de déterminants sociaux, comme la difficulté, la pauvreté, le manque de logement et l'isolement. Dans la vie, tout le monde souffre d'un quelconque problème de santé. On ne vit pas dans un vide. On peut avoir un problème de santé, qui est souvent associé à d'autres facteurs ou à d'autres déterminants. Je suis tout à fait de votre avis. Ces déterminants devraient faire l'objet d'une analyse lors d'une discussion avec la personne.

Par contre, ce qui m'embête, c'est que si on refuse à la personne le droit d'avoir accès à l'aide médicale à mourir en fonction de tels déterminants, on fait de la discrimination à l'envers, c'est-à-dire que je pourrais dire que, puisque la personne est pauvre, elle n'a pas le droit d'avoir l'aide médicale à mourir.

J'aimerais avoir vos observations là-dessus.

Ensuite, en quoi les déterminants sociaux sont-ils davantage liés à un problème de santé mentale plutôt qu'à un problème de santé physique?

Je dirais que c'est davantage lié à un problème de santé physique qu'à un problème de santé mentale.

J'aimerais avoir vos observations là-dessus également.

[Traduction]

Krista Carr: Merci beaucoup pour cette question.

Concernant votre premier point sur les déterminants sociaux de la santé, vous avez raison. Cela s'applique de la même manière à toute la population, tout comme la voie 1 de l'aide médicale à mourir s'applique de la même manière. Si vous souffrez d'une maladie en phase terminale, peu importe votre situation socioéconomique, les aides aux personnes handicapées, tout autre type de soutien ou quoi que ce soit d'autre dans votre vie, vous êtes admissible à la voie 1 de l'aide médicale à mourir. La voie 2 de l'aide médicale à mourir est une tout autre histoire.

Nous avons isolé un groupe de personnes protégées par la Charte, les personnes handicapées, et c'est la définition qui s'applique dans le cadre de la voie 2 de l'aide médicale à mourir: il s'agit de personnes ayant un handicap qui ne sont pas en fin de vie. Il y a ici un problème fondamental d'égalité, car nous n'offrons la voie 2 de l'aide médicale à mourir qu'à un groupe particulier de personnes. Les personnes à qui nous l'offrons, soit les personnes ayant un handicap, ont tendance à subir de nombreuses formes de discrimination croisées, notamment la pauvreté et le manque d'accès aux mesures de soutien.

Lorsqu'une personne fait partie de la population générale, la souffrance est la même pour tous. N'importe qui peut vivre des souffrances insupportables. Cela fait partie de la condition humaine. Quand quelqu'un d'autre vit des souffrances insupportables, nous faisons tout notre possible pour soulager ces souffrances ou lui fournir le soutien et les services nécessaires. Ce n'est pas le cas pour les personnes relevant de la voie 2 de l'aide médicale à mourir qui vivent la même situation.

Pour répondre à votre deuxième question, à savoir si les déterminants sociaux de la santé s'appliquent moins aux personnes ayant une maladie mentale qu'aux personnes ayant un handicap physique, je crois que...

Jacques Ramsay: Ou du moins pas davantage...

Krista Carr: Exactement.

Je dirais à ce sujet que les personnes qui ont une maladie mentale se trouvent dans une situation où elles sont considérées comme des personnes ayant un type de handicap qui n'est pas mortel, et elles n'ont souvent pas accès au soutien en santé mentale dont elles ont besoin.

Je regarde la population que je sers. Je m'occupe de personnes ayant une déficience intellectuelle, dont 40 % présentent un trouble de santé mentale concomitant, une maladie mentale, etc. Même si elles pouvaient accéder à des services spécialisés, très souvent, ces spécialistes ne sont pas formés pour s'occuper de personnes ayant à la fois une déficience intellectuelle ou des traits autistiques et une maladie mentale, de sorte qu'elles ne reçoivent pas le soutien et le traitement dont elles ont besoin pour mener une vie épanouie. Je dirais que les déterminants sociaux s'appliquent.

Si l'on ajoute à cela la situation dans laquelle elles se trouvent, la pauvreté... Quand on ne peut pas se payer des services de santé mentale, quand on ne peut pas se payer des consultations psychologiques ni les soins psychiatriques qui ne sont pas pris en charge par le système de santé, alors on est doublement défavorisé.

Je dirais que les déterminants sociaux s'appliquent tout autant, sinon plus, aux personnes ayant une maladie mentale qu'aux personnes ayant un handicap physique.

• (2020)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci beaucoup.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour cinq minutes.

Luc Thériault: Merci beaucoup.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Excusez-moi. Vous avez la parole pour quatre minutes.

Luc Thériault: Je remercie l'ensemble des témoins de leurs témoignages.

Madame Carr, si je comprends bien votre exposé et votre raisonnement, vous dites qu'il y a de la discrimination systémique, qu'on traite mal les personnes ayant un handicap et que cela aurait un effet pervers. En effet, cela ferait en sorte que l'incapacité du système à bien traiter ces personnes amènerait ces dernières à une seule solution, soit celle de l'aide médicale à mourir.

En ce qui concerne la voie 2, j'ai compris que vous étiez contre l'élargissement de l'aide médicale à mourir à des personnes dont la mort n'est pas imminente, donc, dans tous les cas de figure de la voie 2.

Ne trouvez-vous pas que ce serait une discrimination systémique si la Cour suprême avait dit, de façon généralisée, que toute personne vivant avec un handicap n'aurait jamais accès à l'aide médicale à mourir, parce qu'elle fait partie de la catégorie des personnes handicapées?

[Traduction]

Krista Carr: Merci beaucoup pour cette question, monsieur Thériault.

Je répondrais que ce n'est pas ce que la Cour suprême a dit. En fait, la Cour suprême n'a même pas dit que cela s'appliquerait aux personnes ayant une maladie mentale. La Cour suprême s'est prononcée sur les faits de l'affaire dont elle était saisie, et elle a été très claire à ce sujet...

[Français]

Luc Thériault: Je suis désolé, mais la Cour suprême a quand même dit qu'une exclusion généralisée était contraire à une évaluation individualisée. On ne peut pas considérer que le fait d'appartenir à une catégorie de personnes permet une exclusion de l'accès à l'aide médicale à mourir. Il faut donc faire des évaluations au cas par cas. Or, si on arrive à dire que les personnes handicapées n'auraient pas accès à l'aide médicale à mourir, parce qu'elles sont dans une situation de handicap, on fait de la discrimination systémique.

Vous pouvez ne pas être d'accord avec moi là-dessus, mais c'est ce que je comprends dans ce que vous dites. Vous dites que l'aide médicale à mourir ne doit pas être une solution et ne doit pas apparaître comme une solution. Effectivement, ce n'est pas une solution. Il faut qu'on puisse bien traiter les gens, ce qui est un droit absolu.

Devant la Cour supérieure du Québec, Mme Gladu disait qu'elle voulait avoir cette option, ce choix. Elle était handicapée, elle a vécu une vie pleine et entière, mais elle voulait avoir cette possibilité d'avoir accès à l'aide médicale à mourir. Si on lui avait interdit ça, ç'aurait été une discrimination systémique.

[Traduction]

Krista Carr: Vous avez raison, je ne suis pas d'accord avec vous. En ce qui concerne la discrimination systémique, si tel était l'argument, alors nous offririons l'aide médicale à mourir à toute personne qui souffre sans être en fin de vie, mais nous ne le faisons pas. Nous proposons l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes d'une maladie incurable, de manière égale pour tous, qui sont en fin de vie, mais la voie 2 de l'aide médicale à mourir ne s'adresse qu'à un groupe particulier de personnes. Elle s'adresse aux personnes handicapées qui ne sont pas en fin de vie.

Si nous affirmons que nous ne créons d'aucune manière une discrimination systémique, pourquoi ne proposerions-nous pas l'aide médicale à mourir à tout le monde? Nous la proposerions à tous ceux qui la souhaitent et qui déclarent vivre des souffrances insupportables, mais nous ne le faisons pas. Je pense qu'il n'y a personne autour de cette table qui trouverait que c'est une bonne idée. Pourquoi, alors, est-il acceptable d'offrir l'aide médicale à mourir aux personnes handicapées qui ne sont pas en fin de vie? Est-ce parce que leur vie vaut en quelque sorte moins la peine d'être vécue que celle des autres?

• (2025)

[Français]

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci beaucoup, monsieur Thériault.

[Traduction]

Sénateur Dalphond, vous disposez de trois minutes

[Français]

L'hon. Pierre Dalphond: Merci, monsieur le président.

[Traduction]

Madame Carr, vous avez dit que votre organisation recevait des appels tous les jours. Combien de ces personnes à qui l'aide médicale à mourir a été proposée ont fait l'objet d'une évaluation?

Krista Carr: En ce qui concerne les personnes à qui l'aide médicale à mourir a été proposée, pour revenir à mon propos, je parlais de personnes qui s'adressent au système de santé pour des raisons courantes, comme n'importe qui d'autre, et à qui l'on pose des questions sur l'aide médicale à mourir: « Avez-vous envisagé l'aide médicale à mourir? Cela vous intéresse-t-il? Vous devriez peut-être envisager cette option. »

Comme cela a été mentionné lors de la discussion avec le groupe...

L'hon. Pierre Dalphond: Je suis désolé. Mes trois minutes s'écourent rapidement.

Je comprends, d'après le début de votre réponse, qu'on vous appelle, mais que vous ne savez pas ce qui se passe ensuite. Vous ne savez pas si ces personnes se sont présentées à l'évaluation. Vous ne savez pas si une évaluation a conclu qu'elles sont admissibles à l'aide médicale à mourir.

Krista Carr: Les appels dont je parlais concernent des personnes à qui l'aide médicale à mourir a été proposée, des personnes handicapées, qui ne sont pas en fin de vie...

L'hon. Pierre Dalphond: Lors de discussions avec un médecin ou...

Krista Carr: ... lors de discussions avec un médecin, alors qu'elles ne l'avaient pas demandée et qu'elles n'étaient pas là pour cette raison.

L'hon. Pierre Dalphond: D'accord. Elles vous appellent pour savoir quoi faire.

Krista Carr: Quand elles nous appellent, c'est parce qu'elles sont profondément traumatisées et blessées par cette expérience.

L'hon. Pierre Dalphond: Je comprends. Je suis heureux que vous leur apportiez du réconfort.

Vous comptez 300 associations locales. Combien de membres avez-vous à travers le Canada? Combien de personnes font partie de cette organisation?

Krista Carr: Nous comptons au total plus de 40 000 membres.

L'hon. Pierre Dalphond: Ces 40 000 membres sont-ils tous opposés à l'aide médicale à mourir et à ce que Mme Gladu et M. Truchon ont fait? Pensez-ils tous que ces deux personnes ont eu tort et que l'aide médicale à mourir ne devrait pas être accessible par la voie 2?

Krista Carr: Ce sont les personnes avec lesquelles nous travaillons au quotidien, et avec lesquelles nos organisations locales et provinciales travaillent au quotidien. Elles estiment que la disponibilité de l'aide médicale à mourir par la voie 2 et son élargissement renforcent les stéréotypes et constituent une discrimination à l'égard de leur vie, en laissant entendre que celle-ci ne vaut pas la peine d'être vécue ou sauvée.

L'hon. Pierre Dalphond: Je suis désolé de vous interrompre à nouveau. D'après votre réponse, je comprends que vos membres ne s'opposent pas tous à la voie 2.

Krista Carr: Non. Nous disons que, oui, notre organisation et ses membres s'opposent à la voie 2 et à son élargissement, tout comme les Nations unies. C'est ce que je dis.

L'hon. Pierre Dalphond: Je vous remercie.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, monsieur le sénateur.

Il vous reste deux minutes et 50 secondes.

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

Ma question, ou mes questions, peut-être, s'adresseront à Gabrielle Peters ou à Catherine Frazee, peut-être une pour chacune.

Je commencerai par vous, madame Peters. Des témoins voient dans l'élargissement de l'aide médicale à mourir aux personnes ayant une maladie mentale comme seule affection sous-jacente une étape naturelle vers le respect des droits. Du point de vue de la communauté des personnes handicapées, cela vous semble-t-il être une forme d'égalité?

Mme Carr a fait part d'inquiétudes concernant cet élargissement, mais c'est l'un des points de vue que nous avons entendus: c'est une question d'égalité et de respect des droits individuels, et cet élargissement est important pour les personnes présentant une maladie mentale. Qu'en pensez-vous?

● (2030)

Gabrielle Peters: En écoutant cette dernière conversation, et en général ce qui se dit au Comité, il y a de toute évidence, pour commencer, une incompréhension fondamentale quant à ce qui constitue un handicap.

De plus, on ne peut pas assimiler un point de vue personnel à un moment donné avec l'analyse du handicap. Les droits des personnes handicapées ont évolué depuis l'époque où les gens étaient en grande partie internés, de sorte que l'accent était mis sur l'indépendance et le droit de vivre de façon autonome. Nous sommes ensuite entrés dans les universités et dans la collectivité, et l'analyse a évolué. C'est en fait un domaine de recherche et d'étude.

Vous prenez quelqu'un comme Nicole Gladu, en disant « Oh, c'est ce que je veux », et vous comparez cela à une analyse réelle — compte tenu de l'histoire, de l'examen de notre situation, de l'examen de nos vies et de la compréhension de toutes ces choses dans leur contexte — et vous portez un jugement sur les répercussions que cela aura sur une collectivité. Ce ne sont pas les mêmes discussions que nous avons, alors cela n'ajoute absolument rien aux droits des personnes handicapées.

L'une des choses qu'il faut comprendre, c'est que la justice pour les personnes handicapées... Un professeur de droit de l'Université McGill a très bien décrit avec éloquence cette évolution des droits des personnes handicapées à la justice pour les personnes handicapées. L'une des choses qu'il a remarquées, c'est que nous avons commencé à penser que si nous nous battions seulement pour l'inclusion et l'intégration dans les systèmes existants, cela mènerait quelque part. Cependant, les gens répètent constamment que les décideurs ne comprennent pas, et ils ne comprennent toujours pas qu'ils ne comprennent pas.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, madame Peters. Nous n'avons plus de temps.

Sénateur Loffreda, vous avez trois minutes.

L'hon. Tony Loffreda: Ma question s'adresse à Mme Carr.

Une préoccupation centrale que j'entends dans le débat de ce soir, c'est la protection des personnes vulnérables. Je déduis de votre point de vue que les mesures de sauvegarde actuelles ne sont pas suffisantes pour identifier et protéger les personnes qui pourraient être aux prises avec cette vulnérabilité structurelle ou ces pressions externes.

Y a-t-il des mesures de sauvegarde précises qui manquent et qui, selon vous, pourraient corriger ces enjeux? Quel niveau de soutien avez-vous pour les exigences supplémentaires, comme l'évaluation multidisciplinaire obligatoire ou la surveillance accrue dans ces cas complexes?

Krista Carr: Merci beaucoup, sénateur, de votre question.

La première chose que je dirais, c'est que les mesures de sauvegarde actuelles sont, au mieux, peu rigoureuses et qu'elles comportent des lacunes béantes. Je dirais aussi, comme beaucoup d'autres témoins l'ont fait devant le Comité, que lorsqu'il y a une question fondamentale d'égalité, il n'existe aucune mesure de sauvegarde pour régler la situation.

Ce que nous avons ici, c'est une situation où nous ciblons un groupe de personnes pour la mort au lieu du soutien. Tous les gens qui ont appelé et qui appellent à notre bureau disent qu'ils ne veulent pas mourir. Nous avons un problème fondamental d'égalité des droits des personnes handicapées, et il n'y a plus de pansements que nous pourrions appliquer pour changer la situation.

Je dirais également qu'en ce qui concerne les « mesures de sauvegarde » — et je mets cela entre guillemets gestuels parce que, comme je l'ai mentionné, elles sont au mieux peu rigoureuses — que nous avons, il n'y a aucune surveillance pour nous assurer qu'elles sont respectées. Il suffit de regarder ce qui se passe au comité d'examen des décès en Ontario pour constater qu'il n'y a pas vraiment de surveillance des mesures de sauvegarde qui pourraient être mises en place.

L'hon. Tony Loffreda: Merci.

Merci, monsieur le président.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Sénatrice Wallin, vous avez deux minutes et 50 secondes.

L'hon. Pamela Wallin: Merci beaucoup.

Je suis désolée d'entendre les histoires que nous entendons au Comité. Il se trouve que j'ai connu dans ma propre vie, comme bon nombre de mes collègues, des amis proches ou des membres de ma famille qui ont choisi l'aide médicale à mourir et qui l'ont fait de plein gré. Ce n'est pas quelque chose qui leur a été imposé. Ce n'est pas quelque chose qu'ils ont choisi parce qu'ils avaient une forme de handicap, mental ou physique, ou à cause de déterminants sociaux. La loi le permet, et c'est ce qu'ils ont choisi.

Même si je pense que nous sommes tous d'accord sur un point, à savoir que la discrimination n'est pas une bonne chose sous quelque forme que ce soit, ce que j'entends de bon nombre d'entre vous ici ce soir, c'est que vos choix ou vos situations signifient que vous êtes prêts à voir ceux et celles qui veulent avoir accès à l'aide médicale à mourir être victimes de discrimination.

Je vais commencer par Mme Carr.

Êtes-vous en faveur de l'aide médicale à mourir dans n'importe quelle situation?

• (2035)

Krista Carr: Je vous remercie beaucoup de la question, sénatrice.

Tout d'abord, je pense que notre position est très claire. Nous parlons de l'AMM dans le cadre de la voie 2 et non de la voie 1.

L'hon. Pamela Wallin: C'est pour cette raison que je vous demande votre opinion générale à ce sujet. Cela a une influence sur l'autre côté, c'est-à-dire les gens qui ne sont pas victimes de discrimination, mais qui veulent avoir accès à quelque chose qui est légalement accessible en vertu de la loi.

Krista Carr: Aux termes de la loi, un seul groupe particulier de personnes qui ne sont pas en fin de vie et qui ne sont pas en train de mourir peut y avoir accès. Nous n'offrons pas systématiquement ce choix à des gens qui ne meurent pas tous de la même façon. Nous avons ciblé un groupe de personnes dont la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, à cause de notre crainte du handicap ou de la façon dont nous le percevons. Si les gens éprouvent des difficultés, c'est en partie à cause de leur capacitisme chronique et du manque de soutiens.

L'hon. Pamela Wallin: Beaucoup de gens dont la vie vaut la peine d'être vécue, mais qui sont malades ou, en raison d'un état physique ou d'une maladie quelconque — ce pourrait être le cancer, ou peut-être qu'ils ont eu une maladie mentale pendant la plus grande partie de leur vie —, en sont venus à la conclusion qu'il ne s'agit pas d'une qualité de vie et qu'ils veulent vivre dans la dignité et mettre fin à leurs jours.

Devrait-on leur permettre de le faire?

Le coprésident (Marcus Powlowski): Répondez brièvement, madame Carr.

Krista Carr: Les gens qui ont un cancer en phase terminale, comme vous l'avez dit, dans le cadre de la voie 1, ont le droit d'y avoir accès.

Nous parlons d'étendre cette loi, tout d'abord, aux personnes qui sont déjà admissibles dans le cadre de la voie 2 et de l'étendre encore plus à un tout autre groupe de personnes qui sont encore plus vulnérables parce que la maladie mentale est fondée sur beaucoup d'idées suicidaires. Nous disons non.

On en parle...

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, madame Carr.

Madame Jansen, vous avez deux minutes et 50 secondes.

Tamara Jansen (Cloverdale—Langley City, PCC): Madame Hewitt, je vis à environ une heure de Vancouver et chaque fois que j'emprunte East Hastings, je vois des centaines de malheureux qui vivent dans la misère, le danger et la douleur. Vous avez dit que l'Université de la Colombie-Britannique a fait une étude de la population à cet endroit et a constaté que 75 % de ces gens vivent avec une maladie mentale et qu'ils veulent du soutien, pas la mort.

Que faisons-nous si nous élargissons l'aide médicale à mourir dans cette réalité? Traitons-nous la souffrance ou abandonnons-nous la personne qui souffre?

Michelle Hewitt: Je pense que nous abandonnons la personne qui souffre. Des témoins précédents ont parlé des déterminants sociaux de la santé. Si nous n'avons pas mis en place tout ce que nous pouvons faire comme société pour aider les gens à se rendre là où ils veulent vivre afin qu'ils puissent aller au-delà de la survie et s'épanouir, alors nous n'avons pas fait notre travail à titre de société. Leur offrir l'aide médicale à mourir est la façon la plus facile de s'en sortir, parce que cela ne nous coûte rien et que nous n'avons pas à faire quoi que ce soit d'autre.

Je trouve cela absolument épouvantable. Si Victor était ici aujourd'hui, il vous dirait que son évaluation de l'aide médicale à mourir a été l'évaluation médicale la plus facile qu'il ait vécue dans sa vie, et cela ne devrait pas être ainsi.

Est-ce que je réponds à votre question?

Tamara Jansen: Oui.

Vous avez dit qu'il n'y avait pas eu de véritable tentative d'explorer des solutions de rechange qui auraient pu aider Victor à vivre. Si ces mesures de sauvegarde sont déjà déficientes dans le système actuel, pourquoi devrait-on croire qu'elles vont fonctionner dans des cas beaucoup plus complexes où la maladie mentale est la seule raison pour laquelle une demande d'aide médicale à mourir a été présentée?

Michelle Hewitt: Comme je l'ai dit, bon nombre d'entre nous qui ont un handicap n'existent pas dans un seul état d'incapacité. Mon mari souffrait de dépression chronique. Dans la vingtaine et la trentaine, la situation était particulièrement instable, mais il a fini par la maîtriser. Nous nous sommes connus seulement après. Si l'aide médicale à mourir avait existé à ce moment-là, je n'aurais jamais rencontré et épousé mon mari.

Je pense que les mesures de sauvegarde actuellement en place sont insuffisantes. J'ai suivi un processus dans le cadre duquel je pensais comprendre à quoi ressemblaient un patient de la voie 1 et un patient de la voie 2. Mon mari est décédé, et je ne sais toujours pas si c'était dans le cadre de la voie 1 ou de la voie 2.

• (2040)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, madame Hewitt.

Je dois présenter mes excuses au sénateur Wells. Je l'ai oublié.

Vous avez deux minutes et 50 secondes.

L'hon. Kristopher Wells: Excellent. Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse à Mme Carr.

Je vous remercie des préoccupations que vous avez soulevées aujourd'hui au sujet des gens qui se sentent poussés vers l'aide médicale à mourir en raison de la pauvreté et de mesures de soutien inadéquates.

Êtes-vous d'accord pour dire que la question centrale n'est pas l'aide médicale à mourir en soi, mais plutôt l'échec des systèmes sociaux, et que la solution devrait être de renforcer ces mesures de soutien tout en préservant l'aide médicale à mourir comme option pour les adultes capables qui vivent des souffrances intolérables?

Krista Carr: Non, et ce n'est pas ce que nous faisons. Nous offrons l'aide médicale à mourir aux personnes handicapées qui ne sont pas en fin de vie. C'est le seul groupe qui se voit offrir l'aide médicale à mourir dans le cadre de la voie 2, et nous envisageons

maintenant d'étendre cela à 297 autres étiquettes selon la définition des troubles mentaux dans le DSM-5.

L'hon. Kristopher Wells: Le fait de restreindre l'aide médicale à mourir dans ces cas enlèverait-il un choix légitime aux personnes dont le motif n'est pas la pauvreté, mais qui prennent une décision réfléchie et autonome?

Krista Carr: Je suppose que ma question s'adresse à vous, sénateur. Pourquoi alors n'offrons-nous pas...?

Si c'est la prémisse, à savoir que nous retirons ce droit précis à ce groupe particulier de personnes... Si cela nous inquiétait, nous offririons l'aide médicale à mourir à des gens qui ne sont pas en fin de vie. Elle ne serait pas destinée à un groupe particulier de personnes, puis élargie aux personnes souffrant de maladie mentale admissibles à l'aide médicale à mourir.

Nous dirions que quiconque souffre de façon intolérable et n'est pas en fin de vie a accès à l'aide médicale à mourir et peut s'adresser à son médecin de famille, à un évaluateur ou à un professionnel de la santé pour en faire la demande. Ce n'est pas ce que nous disons.

L'hon. Kristopher Wells: Sauf votre respect, ce n'est pas ce que nous étudions en ce moment. Je comprends vos préoccupations.

Me reste-t-il du temps?

Le coprésident (Marcus Powlowski): Il vous reste 35 secondes.

L'hon. Kristopher Wells: Je crois que j'ai une deuxième série de questions.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Oui.

L'hon. Kristopher Wells: Merci. Je vais céder mon temps de parole.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Madame Tesser Derksen, vous avez trois minutes.

Kristina Tesser Derksen (Milton-Est—Halton Hills-Sud, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci beaucoup à nos témoins qui comparaissent ce soir, en particulier ceux qui nous font part de leurs expériences. Ce sont des éléments très importants. Nous vous sommes reconnaissants de nous en faire part.

Je vais vous poser une question qui, je l'espère, est d'ordre pratique, parce que je pense qu'il est important que cela figure au compte rendu en ce qui concerne la préparation du système de soins de santé provincial.

Je vais d'abord m'adresser à Mme Frazee.

La décision d'étendre l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes de maladie mentale a été reportée afin de donner aux provinces et aux territoires le temps d'analyser leur capacité d'évaluer et d'administrer l'aide médicale à mourir dans le cas d'une maladie mentale, et ce, en toute sécurité et conformément à la loi. C'est vraiment l'objet principal de la séance de notre comité spécial.

J'aimerais que vous nous disiez ce que vous pensez de l'état actuel de préparation des provinces et des territoires pour faire ce travail.

Catherine Frazee: Je vous remercie de la question.

La meilleure façon pour moi de répondre, c'est en me fondant sur mon expérience et mes observations directes concernant le programme d'études par lequel les praticiens de l'AMM reçoivent leur enseignement.

Mon travail au sein de ce groupe, quand vous lisez mon témoignage et mon article, c'est que la profession médicale n'a pas été à la hauteur des décisions que nous lui avons confiées. Ils ne peuvent pas ou ne veulent pas dissocier ces forces structurelles — je crois que vous les appelez des déterminants sociaux de la santé. Ils sont incapables de démêler ce genre de souffrance dans les cas d'incapacité physique stable.

Je conclus donc qu'il n'y a aucune raison de croire qu'ils le feront lorsque la maladie mentale est le seul problème médical invoqué. Autrement dit, s'ils ne peuvent pas ou ne veulent pas appliquer le niveau d'examen le plus élevé à ces évaluations et au sérieux moral que ces décisions exigent, on ne peut leur confier un pouvoir accru et une autorité accrue sur la vie de personnes qui sont très vulnérables aux préjudices.

• (2045)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, madame Frazee.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour une minute et 50 secondes.

Luc Thériault: Madame Frazee, le rapport du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale fait état de préoccupations et de l'élaboration d'un certain nombre de principes liés aux mesures de sauvegarde, notamment quant à l'inégalité systémique. On peut y lire: « Lors de l'évaluation d'une demande d'AMM — indépendamment des diagnostics du demandeur — un clinicien doit examiner attentivement si les circonstances de la personne sont une fonction de l'inégalité systémique. »

À la recommandation 6, on dit qu'il faut « s'assurer que tous les demandeurs ont accès à la gamme la plus complète possible de soutiens sociaux qui pourraient potentiellement contribuer à réduire la souffrance ».

On parle ici de la mesure de sauvegarde 241.2(3.1)(g), où il faut s'assurer que la personne a été informée des moyens disponibles pour soulager sa souffrance, notamment lorsque c'est indiqué.

Il faut donc qu'on puisse intervenir sur les vulnérabilités structurelles.

Ces balises ne sont-elles pas suffisantes, pour vous, si on les appliquait correctement?

[Traduction]

Catherine Frazee: Non, sauf votre respect, elles ne le sont pas. Je vous remercie de la question.

Je pourrais peut-être mieux répondre en faisant référence à un seul cas parmi les nombreux dont je parle dans mon document. Il s'agit du cas d'un jeune homme dans la vingtaine qui voulait obtenir l'aide médicale à mourir parce qu'il se sentait désespérément seul et qu'il ne trouverait jamais de relation amoureuse et n'aurait jamais ce qu'il considérerait comme une famille normale.

Je vous dirais que les racines de ce problème, les racines des souffrances que l'aide médicale à mourir est déployée pour régler, sont très profondes. Comment diable pouvons-nous nous prémunir contre la douleur qui a motivé cet homme à demander l'aide médi-

cale à mourir? Il est mort, dans le cadre de la voie 2 de l'aide médicale à mourir, d'un cœur brisé, franchement, et d'une solitude désespérée. Nous ne pouvons pas offrir de sauvegarde contre cela.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, madame Frazee.

La prochaine intervenante est la sénatrice Wallin, pour une minute et 50 secondes.

L'hon. Pamela Wallin: Merci.

Je pense que nous devrions établir un certain équilibre ici ce soir. Nous sommes en train de déclarer toute une profession — les médecins, les fournisseurs d'aide médicale à mourir, les professionnels de la santé mentale — incapables de comprendre les questions de vie et de mort et le fait que toutes ces personnes sont enclines à enfreindre la loi et à risquer leurs permis en voulant fournir l'aide médicale à mourir à des gens qui n'en veulent pas.

Je suppose que je vais poser la question à Mme Frazee: n'y a-t-il pas d'autres types de médecins au Canada?

• (2050)

Catherine Frazee: Ils n'enfreignent pas la loi. Voilà le problème. Ils interprètent la loi de façon libérale. Ils ont...

L'hon. Pamela Wallin: Il est certain qu'ils enfreindraient la loi s'ils fournissaient l'aide médicale à mourir à ceux qui ont une maladie mentale comme seul problème médical invoqué, ce que beaucoup d'entre vous semblent laisser entendre.

Catherine Frazee: Je ne suis pas certaine qu'il y en ait parmi nous qui l'aient laissé entendre.

Ce que je dis, c'est qu'ils se trouvent dans une situation où la plupart des souffrances dont parlent leurs patients ne sont pas de nature médicale. Pourtant, en vertu du régime d'aide médicale à mourir, tant qu'il y a un handicap physique important auquel cette souffrance peut être attribuée, du moins en partie, alors, les critères d'admissibilité sont remplis et il s'agit d'un décès légal. Cependant, ce n'est sûrement pas l'intention du Parlement ou du tribunal.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Le dernier intervenant est le sénateur Wells, qui dispose d'une minute et 50 secondes.

L'hon. Kristopher Wells: Merci.

Madame Frazee, le Comité a reçu une lettre du président de la Fédération des ordres des médecins du Canada, signée par les responsables de la réglementation médicale de partout au Canada, qui affirment tous que les ordres des médecins au Canada sont prêts à étendre l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes d'une maladie mentale.

D'après ce que vous nous avez dit aujourd'hui, quels éléments de preuve supplémentaires le Parlement devrait-il prendre en considération avant d'étendre l'aide médicale à mourir de la voie 2 aux personnes atteintes d'une maladie mentale, sachant que les organismes de réglementation ont clairement indiqué qu'ils avaient le devoir d'être prêts?

Catherine Frazee: Je vous demanderais de porter une attention particulière aux éléments de preuve et aux arguments qui sont avancés en ce moment dans le cadre de la contestation constitutionnelle de l'aide médicale à mourir de la voie 2, dont vous êtes au courant, j'en suis certaine, au fur et à mesure que les tribunaux se penchent sur la question. Vous avez entendu et vous entendrez de nombreux organismes qui représentent des personnes handicapées partout au pays. J'espère que nos voix seront entendues.

L'hon. Kristopher Wells: Diriez-vous que nous devrions laisser cette décision aux tribunaux plutôt qu'au Parlement?

Catherine Frazee: Non, je suis désolée. Ce n'est pas ce que je voulais laisser entendre. Ce que je voulais dire, c'est que vous trouverez des éléments de preuve bien étayés prêts pour votre examen, que vous devez les soupeser pour leur donner le poids qui leur revient, et pas seulement ce que disent les provinces.

L'hon. Kristopher Wells: Merci beaucoup.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci beaucoup.

Sur ce, nous allons conclure avec le deuxième groupe de témoins. Je remercie tous les témoins de leur présence aujourd'hui et de leurs témoignages très importants. Nous vous avons bien entendu. Merci.

Nous allons suspendre la séance.

• (2050)

(Pause)

• (2055)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Nous reprenons nos travaux avec le troisième et dernier groupe de témoins.

Dans ce troisième groupe, nous accueillons Mme Kerri Froc, professeure agrégée à l'Université du Nouveau-Brunswick; Daphne Gilbert, professeure titulaire à la faculté de droit de l'Université d'Ottawa; et Isabel Grant, professeure Killam à l'Université de la Colombie-Britannique, qui partagera son temps avec Elizabeth Sheehy, professeure en droit à l'Université d'Ottawa, par vidéoconférence.

Je vais commencer par Mme Froc, qui sera suivie de Mme Gilbert et des deux autres témoins par vidéoconférence.

Vous avez chacun cinq minutes. Quand il restera environ 30 secondes, je vais essayer de le faire savoir.

Kerri Froc (professeure agrégée, Université du Nouveau-Brunswick, à titre personnel): Merci beaucoup. Bonsoir. Je suis très heureuse d'avoir été invitée à comparaître.

Je suis professeure de droit constitutionnel à l'Université du Nouveau-Brunswick. Mon enseignement et mes recherches portent sur la Charte, les droits à l'égalité et l'interaction entre l'égalité et l'article 7. Je publie beaucoup dans ces domaines.

D'entrée de jeu, je tiens à préciser que la Charte n'exige pas l'extension de l'aide médicale à mourir à la maladie mentale comme seul problème médical invoqué. L'arrêt Carter n'établit pas cette exigence, et l'article 15 ne l'y oblige pas.

J'aimerais soulever trois points. En premier, l'arrêt Carter n'exige pas constitutionnellement d'étendre l'aide médicale à mourir aux maladies mentales. Ensuite, c'est que tout groupe qui présente une demande fondée sur le droit à l'égalité en vertu de l'article 15 doit démontrer que la décriminalisation partielle transforme une exemption de responsabilité criminelle en un avantage aux termes d'un

texte de loi fédéral. Il s'agirait d'une nouvelle demande sans précédent faisant autorité. Enfin, c'est que même si cet obstacle est surmonté, l'égalité réelle en vertu de l'article 15 n'exige pas une décriminalisation complète. L'arrêt Truchon suppose que l'égalité exige le même traitement comme entre les groupes de personnes handicapées. Ce n'est pas le cas.

Pour ce qui est de l'arrêt Carter, il s'agissait d'une décision rendue aux termes de l'article 7 et fondée sur la causalité. Les demandeurs devaient démontrer que l'action de l'État a privé la personne de sa vie, de sa liberté ou de sa sécurité.

La violation du droit à la vie dépendait de l'acceptation par la Cour suprême selon laquelle la loi causait une mort prématurée. Elle a reconnu que certaines personnes atteintes de maladies « graves et irrémédiables » s'enlèveraient la vie prématurément par crainte d'être incapables de le faire lorsque leurs souffrances deviendraient intolérables. Ce « choix cruel », pour reprendre les termes de la cour, a également imposé des souffrances psychologiques.

Au moment de l'incapacité physique, l'interdiction mettait en jeu la liberté et la sécurité de la personne parce qu'elle faisait obstacle à l'autonomie par rapport à sa vie et prolongeait les souffrances. L'arrêt Carter n'a pas rendu obligatoire d'étendre l'aide médicale à mourir au-delà de cette catégorie définie.

La cour a reconnu que l'État avait un objectif légitime pour ce qui est de protéger les personnes vulnérables contre l'incitation au suicide et que des limites soigneusement conçues sont permises. Elle dit qu'il est justifiable d'établir des limites dans le cadre d'un « régime soigneusement conçu qui impose des limites scrupuleusement surveillées et appliquées ».

Je vais maintenant parler de l'arrêt Truchon et de l'article 15. On se fie souvent à l'arrêt Truchon pour appuyer un argument en faveur de l'égalité, mais cette affaire est moins stable sur le plan doctrinal qu'on ne le laisse parfois entendre. L'article 15 s'applique lorsque l'État fournit un avantage ou impose un fardeau inégal. Le Parlement ne considère pas l'aide médicale à mourir comme un avantage. Il a créé une exemption limitée du droit pénal. Le fait de considérer cette exemption comme un avantage constituerait une extension importante et novatrice de l'article 15, qui ne serait pas étayée par la jurisprudence existante de la Cour suprême, comme l'arrêt Auton, ou par toute autre décision d'un tribunal inférieur. En vertu du Code criminel, le Parlement ne donne accès à l'aide médicale à mourir à personne.

De plus, même si la formulation « avantage » est acceptée, l'article 15 interdit les distinctions qui sont essentiellement discriminatoires — celles fondées sur des préjugés, des stéréotypes ou qui perpétuent un désavantage. Cette distinction reflète les limites reconnues des connaissances médicales, l'incapacité de déterminer de façon fiable l'irrémédiabilité d'une maladie mentale et la difficulté de séparer la suicidalité des demandes d'aide médicale à mourir. Traiter ces différences comme importantes ne revient pas à créer des stéréotypes ou à perpétuer un désavantage. L'article 15 exige des éléments de preuve au sujet du groupe qui fait la demande, et un traitement différentiel qui correspond à sa situation n'est pas discriminatoire...

• (2100)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Il vous reste 30 secondes.

Kerri Froc: D'accord.

L'arrêt Truchon ne s'est pas attaqué au problème des avantages, et l'égalité n'a rien à voir avec la capacité de faire des choix exclusivement. Ce n'est que lorsque les limites à l'autonomie sont liées à des stéréotypes ou à la perpétuation d'un désavantage qu'elles peuvent entraîner une violation de l'article 15.

Par conséquent, la loi actuelle reflète une tentative de répondre à des profils de risque sensiblement différents d'une manière qui gère la nature distincte de la maladie mentale dans le contexte de l'AMM.

Merci. Je serai heureuse de répondre à vos questions.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Madame Gilbert, vous avez cinq minutes.

Daphne Gilbert (professeure titulaire, Faculté de droit de l'Université d'Ottawa, à titre personnel): Mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie de m'avoir invitée à me joindre à vous ce soir. Je me rends compte que ce soir, je suis l'exclusion dans cette réunion.

Je m'appelle Daphne Gilbert. Je suis professeure titulaire à la faculté de droit de l'Université d'Ottawa. J'enseigne le droit constitutionnel et criminel depuis plus de 25 ans et je fais des recherches sur l'aide médicale à mourir depuis l'arrêt Carter. Je suis également vice-présidente de Mourir dans la dignité Canada, bien que je compare ici à titre personnel comme professeure de droit.

Je vais me concentrer uniquement sur l'aide médicale à mourir, où la maladie mentale est le seul problème médical invoqué, la MM-SPMI, car je crois comprendre que le mandat du Comité se limite à cette question et non pas à l'ensemble de l'aide médicale à mourir de la voie 2.

L'exclusion de personnes qui, autrement, seraient admissibles à l'aide médicale à mourir sans le fait que leur état grave et irrémédiable soit une maladie mentale est discriminatoire et contrevient à l'article 15 de la Charte, la garantie d'égalité. Six ans se sont écoulés depuis que le gouvernement a accepté qu'il fallait permettre aux personnes atteintes de la MM-SPMI de demander l'aide médicale à mourir, mais il continue de retarder la mise en œuvre.

Je vais citer la décision rendue en 2020 par la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Procureur général c. G.*:

Les personnes souffrant de troubles mentaux font l'objet d'une stigmatisation continue et d'un traitement préjudiciable dans la société canadienne, de sorte qu'elles sont grandement et largement défavorisées sur les plans social, politique et juridique.

Cette exclusion ajoute un désavantage médical à la liste.

Prenons l'image classique d'un iceberg. La petite pointe visible au-dessus de l'eau représente le nombre très limité de personnes qui seraient admissibles à la MM-SPMI de l'AMM. Les cliniciens s'entendent pour dire que seul un petit nombre de personnes satisferont aux critères d'admissibilité rigoureux et aux mesures de sauvegarde rigoureuses. Cela est important parce qu'une justification du maintien de l'exclusion est une allégation spéculative selon laquelle un grand nombre de personnes deviendront admissibles si l'interdiction est levée. Il n'y a aucune preuve à l'appui de cette affirmation.

La masse beaucoup plus importante de glace sous la surface représente les milliers de personnes qui ont été lésées par le libellé et la justification de l'exclusion. Elles sont lésées par la suggestion selon laquelle, en raison d'une maladie mentale, elles n'ont pas la capacité de prendre des décisions, doivent être protégées contre elles-

mêmes et que leur souffrance est moins réelle ou moins grave que la maladie physique.

En 2026, nous renforçons la stigmatisation historique et les hypothèses paternalistes, attitudes que nous prétendons rejeter. Les campagnes publiques, comme les journées Bell Cause pour la cause, encouragent des conversations honnêtes sur la santé mentale, mais la loi continue d'infantiliser les personnes atteintes de maladie mentale. Notre engagement à l'égard de l'égalité se mesure non pas par des messages vides de sens, mais par un traitement juridique égal.

Comme l'a affirmé la Cour suprême du Canada en 2026, l'analyse de l'article 15 comporte deux étapes.

Premièrement, la loi crée-t-elle une distinction fondée sur un motif énuméré ou analogue? Dans ce cas-ci, c'est clair. L'exclusion se différencie sur la base de l'incapacité en traitant les personnes atteintes d'une maladie mentale différemment de celles qui ont des problèmes physiques.

Deuxièmement, la loi impose-t-elle un fardeau qui renforce, perpétue ou exacerbe le désavantage? Encore une fois, la réponse est oui. La loi interdit l'accès à l'aide médicale à mourir et, ce faisant, renforce la stigmatisation et les stéréotypes préjudiciables selon lesquels les personnes atteintes de maladie mentale sont incapables de se protéger contre elles-mêmes. Ces messages touchent non seulement le petit nombre de personnes qui pourraient être admissibles, mais aussi la communauté en général, qui les entend dans des contextes juridiques et politiques comme ceux des séances du Comité.

Cette violation de l'article 15 ne peut être justifiée en vertu de l'article 1. Les objectifs énoncés — protéger les personnes vulnérables et assurer la préparation du système — n'appuient pas une exclusion générale. À la suite de prolongations répétées, il n'y a pas de repère clair quant à la préparation. Une violation de la Constitution ne peut reposer sur une norme non définie et changeante. En revanche, ceux qui travaillent dans le cadre du système d'aide médicale à mourir ont indiqué qu'ils sont prêts. L'exclusion ne nuit pas non plus de façon minimale. Une interdiction générale empêche toute possibilité d'évaluation personnalisée. Au minimum, il doit y avoir un mécanisme permettant d'évaluer les personnes, comme on l'a vu dans l'affaire G.

• (2105)

Enfin, l'exclusion ne produit aucun effet salutaire. Au lieu de protéger les personnes vulnérables, elle accentue la stigmatisation et la marginalisation.

Je rappelle au Comité que la capacité décisionnelle est au cœur de toutes les demandes d'aide médicale à mourir. Il est profondément discriminatoire de laisser entendre qu'une catégorie entière d'adultes capables ne devrait pas avoir droit à un service médical légal.

Je serai ravie de répondre à vos questions.

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

Madame Sheehy et madame Grant, vous avez cinq minutes à vous partager. Je suppose que vous savez qui va commencer.

Elizabeth Sheehy (professeure émérite de droit, Université d'Ottawa, à titre personnel): Oui, c'est moi. Merci.

Merci de nous avoir invitées à prendre la parole devant le Comité ce soir. Je vais vous présenter notre exposé et Mme Grant répondra à vos questions.

Mme Grant et moi-même sommes juristes et à nous deux nous cumulons 75 ans d'expérience dans le domaine de la violence faite aux femmes. Nous avons publié de nombreux articles sur la voie 2 de l'aide médicale à mourir, l'AMM. Si l'aide médicale à mourir est étendue aux personnes dont la seule invalidité est d'être atteintes de troubles mentaux, elle mettra fin de façon disproportionnée à la vie des femmes atteintes d'une maladie mentale, tout comme la voie 2 met déjà fin de manière disproportionnée à la vie d'autres femmes handicapées. En qualité d'universitaires qui avons consacré notre vie à mettre fin à la violence faite aux femmes, nous vous exhortons à ne pas emprunter cette voie discriminatoire.

Le Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies a souligné les perceptions capacitistes qui sous-tendent la voie 2 et a exhorté à son abrogation, y compris l'extension prévue rendant la voie 2 accessible sur la seule base d'une maladie mentale. Le Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies s'est dit préoccupé par le nombre disproportionné de femmes qui accèdent à la voie 2 et par le rôle de la violence fondée sur le sexe dans la marginalisation des femmes handicapées.

Il est important de comprendre que lorsqu'on permet aux médecins de fournir l'aide médicale à mourir à des personnes pour mettre fin à des vies difficiles plutôt que d'accélérer des fins de vie difficiles, on cible inévitablement les Canadiens les plus marginalisés. Les données de Santé Canada le confirment. Les femmes représentaient environ 59 % de l'ensemble des décès relevant de la voie 2 en 2022 et 2023, et 57 % en 2024. Les personnes qui reçoivent l'aide médicale à mourir par la voie 2 sont plus jeunes, plus susceptibles de vivre seules et plus susceptibles de déclarer la solitude, le fardeau perçu et un manque de dignité dans leur vie comme raisons pour demander l'aide médicale à mourir. Les données de l'Ontario indiquent que ces personnes sont plus susceptibles de vivre dans les quartiers les plus marginalisés et moins susceptibles d'avoir des membres de leur famille comme proches parents. Mme Grant a démontré l'effet discriminatoire de la voie 2 sur les femmes, qui ne fera que s'aggraver si l'aide médicale à mourir est étendue aux maladies mentales.

Lorsque nous examinons les pays qui autorisent l'euthanasie psychiatrique, nous constatons que ce sont très majoritairement des femmes qui meurent. Dans une étude, les chercheurs ont découvert que sur 100 patients ayant demandé l'euthanasie psychiatrique en Belgique pour au moins un trouble psychiatrique, 77 % étaient des femmes. En moyenne, ces femmes n'avaient que 47 ans. La Dre Marie Nicolini et ses collègues ont constaté qu'entre 69 % et 77 % des personnes qui reçoivent l'euthanasie psychiatrique dans les pays où elle est autorisée sont des femmes.

La recherche aide à expliquer cette tendance. La Dre Nicolini explique que la répartition selon le sexe pour l'euthanasie psychiatrique est pratiquement identique à celle des tentatives de suicide. Presque deux fois plus de femmes tentent de se suicider, mais un plus grand nombre d'hommes y parviennent parce qu'ils choisissent des moyens plus violents pour mettre fin à leurs jours. La plupart des femmes qui tentent de se suicider ne meurent pas. L'euthanasie psychiatrique risque de transformer le nombre disproportionné de tentatives de suicide par des femmes en suicides aboutis en leur offrant une façon de mourir présentée comme paisible et sans douleur.

La violence masculine contribue à la maladie mentale chez les femmes notamment en ce qui concerne la dépression et le TSPT, mais cette violence cible aussi de façon disproportionnée les femmes atteintes de maladie mentale. Les données de Statistique Canada indiquent que 25,9 % des femmes atteintes d'une maladie mentale signalent avoir été victimes de violence sexuelle, soit au moins le double du taux observé chez les autres femmes. Les personnes ayant des troubles de santé mentale courent également trois fois plus de risques d'être victimes de violence par un partenaire intime.

Il est alarmant de constater que la violence masculine contribue aussi au suicide. Une étude récente publiée dans *The Lancet* a démontré que les femmes qui ont été victimes de violence par un partenaire intime étaient quatre fois plus susceptibles que les autres d'avoir tenté de se suicider. Les personnes qui avaient été victimes d'abus sexuels dans une relation étaient sept fois plus susceptibles d'avoir tenté de se suicider. Les données des Pays-Bas et de la Belgique montrent que 36 % des personnes décédées à cause de l'aide médicale à mourir psychiatrique avaient des antécédents de traumatisme — par exemple, de violence physique et sexuelle. Nous savons que ce sont les femmes qui sont victimes de façon disproportionnée de violence physique et sexuelle, mais le Canada ne recueille aucune donnée sur le rôle des traumatismes dans les demandes d'aide médicale à mourir.

• (2110)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Vous avez 30 secondes pour terminer.

Elizabeth Sheehy: Les ressources du Canada devraient servir à offrir un meilleur soutien aux femmes atteintes de maladie mentale afin qu'elles puissent échapper à la violence masculine et vivre dans la dignité, et non pas à élaborer des programmes d'études opaques pour former les gens à faciliter leur suicide.

Nous exhortons le Comité à prendre au sérieux les recommandations de l'ONU et à avoir le courage de mettre fin à la perspective d'une aide médicale à mourir fondée uniquement sur la maladie mentale. Le Canada ne sera jamais prêt à faciliter le suicide de femmes atteintes d'une maladie mentale.

À titre de rappel, veuillez adresser vos questions à Mme Grant. Elle répondra en notre nom à toutes les deux.

Merci.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, madame Sheehy.

Le premier intervenant est M. Cooper, pour 4 minutes et 50 secondes.

Michael Cooper: Merci, monsieur le président.

Madame Froc, la seule fois où la Cour suprême, dans l'arrêt Carter, a abordé l'aide médicale à mourir pour les troubles psychiatriques, c'était lorsqu'elle a conclu que les préoccupations liées aux risques de dérapage et les données provenant d'autres administrations n'étaient pas pertinentes parce qu'elles constituaient des cas de figure « auxquels ne s'appliqueraient pas les paramètres proposés dans les présents motifs » — c'est au paragraphe 111 — que cela « résulte d'une culture médico-légale très différente » et que « ces cas nous éclairent peu sur l'application éventuelle d'un régime canadien ».

Ai-je bien compris?

Kerri Froc: C'est exact. L'arrêt Carter répondait à un ensemble très particulier de faits dont il était saisi. Ces faits et les éléments de preuve comprenaient des éléments provenant d'autres pays. La Cour suprême a été saisie d'une question précise au sujet de l'aide médicale à mourir en lien à la maladie mentale et un paragraphe en fait mention. La Cour a dit qu'elle ne s'occupait pas de cette affaire et qu'elle n'en tenait pas compte dans les faits dont elle était saisie. Voilà les limites de l'arrêt Carter.

L'arrêt Carter n'a pas non plus traité de l'article 15, dont j'aimerais parler aussi, parce que je ne crois pas que les droits à l'égalité signifient la prolongation de l'exemption pénale.

• (2115)

Michael Cooper: Pour que ce soit bien clair, nulle part dans l'arrêt Carter la Cour suprême n'a-t-elle expressément reconnu un droit garanti par la Charte en ce qui concerne l'aide médicale à mourir dans le cas où la maladie mentale serait la seule affection sous-jacente.

Kerri Froc: Non. L'arrêt Carter portait sur une interdiction générale qui existait à l'époque. On a demandé à la Cour suprême d'évaluer cette interdiction générale par rapport à l'article 7. Comme je l'ai dit, il s'agissait d'une action de l'État, parce que la Cour a reconnu, sur la base des faits, que les gens mettaient peut-être fin prématurément à leur vie parce qu'ils étaient susceptibles de devenir physiquement inaptes. Il n'est pas question ici de maladie mentale.

Michael Cooper: Mme Downie et d'autres ont cité la décision E.F. de 2016, mais dans l'affaire E.F., la Cour d'appel de l'Alberta ne s'est pas prononcée sur la constitutionnalité d'une réponse législative qui pourrait exclure l'aide médicale à mourir pour maladie mentale. Est-ce exact?

Kerri Froc: Si j'ai bien compris la décision E.F., il s'agissait d'une demande d'exemption, ce qui était permis en vertu de l'arrêt Carter. Il me semble qu'il s'agissait de la combinaison d'une maladie psychiatrique et d'une maladie physique. À cet égard, cette affaire ne constitue en aucune façon un précédent. Il s'agissait simplement d'une demande d'exemption.

Michael Cooper: C'est exact, et la Cour a indiqué expressément au paragraphe 24: « Il ne s'agit pas de contestations constitutionnelles individuelles. » Il s'agissait de déterminer si le demandeur était admissible ou non à l'exemption constitutionnelle avant l'adoption du projet de loi C-14.

Vous avez parlé de l'arrêt Truchon. Pour que ce soit bien clair, dans cette affaire, la question dont était saisie la juge Baudouin ne portait pas sur une situation dans laquelle il y avait uniquement un trouble de santé mentale sous-jacent. Est-ce exact?

Kerri Froc: C'est exact. Le problème avec l'arrêt Truchon, c'est que les preuves dont a été saisie la Cour concernaient des personnes qui avaient des pathologies physiques graves et irrémédiables, mais qui ne correspondaient pas au critère selon lequel leur mort était raisonnablement prévisible. Évidemment, cela ne s'applique pas dans le cas où la seule maladie sous-jacente est la maladie mentale.

Michael Cooper: Aux paragraphes 386 et 387 de cette décision, la juge Baudouin a indiqué:

Ni M. Truchon ni Mme Gladu ne sont affectés d'une maladie psychiatrique qui pourrait avoir un lien avec leur demande d'aide médicale à mourir.

Par conséquent, la pertinence de la preuve apportée par le procureur général du Canada au sujet des personnes qui pourraient se prévaloir de l'aide médicale à mourir en ayant comme seule et unique condition une maladie psychiatrique est pour le moins de peu de pertinence.

Autrement dit, cela n'avait rien à voir avec la question dont était saisie la juge Baudouin et sur laquelle elle devait se prononcer.

Kerri Froc: C'est exact.

Michael Cooper: Par conséquent, à ce jour, aucun tribunal canadien n'a expressément reconnu un droit garanti par la Charte à l'aide médicale à mourir lorsque la maladie mentale est la seule maladie sous-jacente, n'est-ce pas?

Le coprésident (Marcus Powlowski): Répondez très brièvement.

Kerri Froc: C'est exact.

Michael Cooper: Pourquoi devrions-nous présumer...

Le coprésident (Marcus Powlowski): Je suis désolé, mais votre temps est écoulé.

Madame Jaczek, allez-y.

L'hon. Helena Jaczek: Madame Gilbert, dans le cadre de votre travail, vous avez examiné l'aide médicale à mourir sous l'angle de la Charte et de l'accès aux soins. Ce soir, nous avons entendu des inquiétudes au sujet du fait que la voie 2 a jusqu'ici surtout été proposée, en quelque sorte, aux personnes handicapées, alors que le soutien social ou d'autres interventions pourraient rendre la voie 2 potentiellement inadaptée.

Pourriez-vous nous dire ce qu'indiquent les statistiques et nous préciser quelles sont les données? Je crois qu'il y a des rapports annuels. Pourriez-vous nous dire qui a accès à l'aide médicale à mourir par la voie 2?

• (2120)

Daphne Gilbert: Je recommande au Comité d'envisager d'inviter le Dr James Downar et le Dr Kieran Quinn, qui ont publié une étude empirique à l'automne 2025 sur toutes les données relatives à l'aide médicale à mourir par la voie 2.

S'agissant de la marginalisation, tous les indicateurs montrent que les bénéficiaires de l'aide médicale à mourir sont moins marginalisés que le groupe de référence approprié. Les personnes ayant eu recours à l'aide médicale à mourir sont surreprésentées dans le quartile de revenus le plus élevé par rapport à l'ensemble de la population décédée de mort naturelle. Nous estimons que la plupart des bénéficiaires de l'aide médicale à mourir sont blancs et instruits, et qu'ils ont des moyens.

En ce qui concerne les statistiques sur le sexe, il est vrai qu'un peu plus de femmes que d'hommes se prévalent de l'aide médicale à mourir par la voie 2. Cela correspond à l'épidémiologie des populations atteintes de maladies chroniques. Les femmes sont plus susceptibles de développer ces maladies et moins susceptibles d'en mourir. Ce n'est pas une question purement sexospécifique.

L'hon. Helena Jaczek: Je vous remercie de cette précision.

Mme Sheehy a fait quelques observations au sujet de l'expérience internationale.

Quelles garanties recommanderiez-vous si l'aide médicale à mourir était offerte lorsque la seule affection sous-jacente est une maladie mentale? Quelles seraient, selon vous, quelques-unes de ces exigences?

Daphne Gilbert: Je pense que les mesures de protection actuelles sont parfaitement adéquates pour prendre en charge l'ajout de la maladie mentale comme unique affection sous-jacente.

J'ai trouvé très troublant d'entendre aujourd'hui des prestataires d'aide médicale à mourir être comparés à des meurtriers. Si des infractions graves sont commises, des poursuites pénales devraient être engagées. Il devrait y avoir des poursuites pénales. Il n'y a jamais eu de poursuites pénales contre un prestataire d'aide médicale à mourir. De même, ils pourraient être signalés au collège approprié. Encore une fois, nous n'avons connaissance d'aucune procédure disciplinaire qui ait abouti à des sanctions à l'encontre d'un prestataire d'aide médicale à mourir.

Je pense que les mesures de protection existantes sont très solides. Il y a de multiples critères à remplir, et ceux-ci peuvent s'appliquer à l'aide médicale à mourir pour les cas où la maladie mentale est l'unique affection sous-jacente.

L'hon. Helena Jaczek: Merci.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour quatre minutes et 50 secondes.

Luc Thériault: Merci.

Madame Gilbert, le Québec a mis en place la Loi concernant les soins de fin de vie avant même que la Cour suprême ne fasse connaître l'arrêt Carter. À cause de cet arrêt, le Québec a dû modifier sa première loi, qui ne consistait qu'à permettre l'aide médicale à mourir dans des circonstances où les gens étaient en phase terminale, en fin de vie.

Or, c'est par les affaires Truchon et Gladu ainsi que par le jugement de la juge Baudouin, que le Québec s'est plus tard rendu compte que sa loi excluait un certain nombre de personnes et qu'elle pouvait être discriminatoire. La loi québécoise a récemment été transformée.

En plus de sa loi sur les soins de fin de vie, le Québec a mis sur pied une commission, qui doit effectivement colliger des actes et qui peut les remettre en question. Chaque aide médicale à mourir donnée fait l'objet d'une remise en question, le cas échéant.

Je ne sais pas, et ça semble être le cas dans d'autres coins du Canada, mais ça serait peut-être une solution pour les gens qui s'inquiètent de la façon dont les soins sont donnés.

La professeure Downie, qui a comparu devant le Comité, 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 ça ne permettait pas de procéder à des évaluations individualisées.

J'imagine que vous êtes d'accord avec ça, n'est-ce pas?

[Traduction]

Daphne Gilbert: Je suis d'accord.

[Français]

Luc Thériault: La professeure mentionnait aussi qu'une exclusion temporaire de l'accès à l'aide médicale à mourir pour l'AMM-TM-SPMI constitue une violation des articles 7 et 15 de la Charte canadienne des droits et libertés et ne peut être justifiée en vertu de l'Article 1.

Elle fait allusion, entre autres choses, à la décision du juge Sheehan, dans l'arrêt Truchon.

Je vous en cite un extrait:

[...] les droits qui sont garantis doivent prévaloir sur une intention législative qui n'a pu être menée à terme dans les délais raisonnables.

Ce qu'elle a fait remarquer, c'est qu'on est dans ce délai qui pourrait avoir l'air déraisonnable en reportant constamment le délai de l'application de la loi concernant l'aide médicale à mourir.

Qu'en pensez-vous?

Est-ce qu'on respecte l'Article 1 de la Charte en reportant constamment la décision?

• (2125)

[Traduction]

Daphne Gilbert: Si je me souviens bien du témoignage de Mme Downie, elle a signalé au Comité que c'était de loin le plus long report de l'application de la loi dans l'histoire de la Charte. Cela fait six ans. C'est une période incroyablement longue de suspension des droits garantis par la Charte.

Je sais que le Comité entendra des représentants du CAMAP et de la FOMC au sujet de la surveillance exercée par les collèges de médecins sur l'aide médicale à mourir, mais elle existe et elle est robuste partout au pays.

La décision G de 2020, qui parlait d'évaluations individualisées en vertu de l'article 15, nous rappelle que les interdictions générales ne résistent pas à des contestations fondées sur la Charte.

[Français]

Luc Thériault: Advenant le cas où les membres du Comité ne s'entendent pas sur l'interprétation à donner à l'arrêt Carter — deux témoins en ont déjà fait une interprétation différente —, croyez-vous qu'il serait important de demander un avis à la Cour suprême afin qu'elle nous conseille sur l'interprétation que nous devons donner à cet arrêt?

[Traduction]

Daphne Gilbert: Je n'ai aucun doute sur le fait que cette question parviendra jusqu'à la Cour suprême du Canada. À l'heure actuelle, en Ontario, il y a une contestation fondée sur la Charte concernant le maintien de l'exclusion de l'aide médicale à mourir lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué, l'AMM-TM-SPMI. J'ai l'impression que la Cour suprême se prononcera sur cette question à un moment donné. Ce sera une voix importante, mais elle ne peut pas réduire l'obligation du Comité ou du gouvernement de respecter les droits garantis par la Charte et d'agir dans l'intérêt des Canadiens.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Sénateur Dalphond, vous avez trois minutes.

[Français]

L'hon. Pierre Dalphond: Merci, monsieur le président.

[Traduction]

Je remercie les témoins.

Mes questions s'adresseront à Mme Gilbert.

Vous faites partie de Mourir dans la dignité Canada où vous êtes l'un des conseillers sur les questions juridiques. En août 2024, vous avez été citée dans un communiqué de presse annonçant le lancement d'une contestation constitutionnelle devant la Cour supérieure de justice de l'Ontario.

Un an et demi s'est écoulé depuis. Où en sommes-nous dans ce dossier? Allons-nous commencer bientôt?

Daphne Gilbert: J'aimerais beaucoup que quelqu'un du gouvernement me le dise.

Nous attendons la réponse du gouvernement à la fin d'avril. Nous avons déposé notre revendication et tous nos avis d'experts. Nous attendons simplement que le ministère de la Justice rattrape son retard.

L'hon. Pierre Dalphond: Je vois.

Ce dossier fait-il l'objet d'une gestion judiciaire?

Daphne Gilbert: Oui, et nous espérons avoir ces documents la semaine prochaine.

L'hon. Pierre Dalphond: Y a-t-il une date prévue pour l'audience?

Daphne Gilbert: Non. D'après ce que j'ai compris, il y a énormément d'attente pour les dates de comparution devant les tribunaux en Ontario. Nous ne prévoyons pas de date avant 2028.

L'hon. Pierre Dalphond: Je crois comprendre que la meilleure solution serait de s'adresser directement à la Cour suprême dans le cadre d'un renvoi.

Daphne Gilbert: Ce serait une possibilité. Je ne suis pas sûre que ce soit nécessaire, parce que je pense que le gouvernement...

L'hon. Pierre Dalphond: C'est la direction que vous avez prise.

Daphne Gilbert: À terme... Mais je pense aussi que le gouvernement peut décider de lever l'exclusion en mars. Ce serait la bonne chose à faire, plutôt que de forcer les gens à aller devant les tribunaux.

L'hon. Pierre Dalphond: Merci.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Sénatrice Martin, vous avez 2 minutes et 50 secondes.

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

Ma question s'adresse à Mme Froc.

Nous avons entendu des experts exprimer un profond désaccord au sujet de l'irrémédiabilité et de la suicidabilité en ce qui concerne les maladies mentales. Si les critères de base eux-mêmes ne sont pas évaluables de façon fiable, le Parlement a-t-il le droit de maintenir l'exclusion en vertu de la Charte?

• (2130)

Kerri Froc: Oui. De façon générale, l'article 15 dit qu'il faut parfois un traitement différentiel pour assurer l'égalité.

Maintenant, nous avons divers problèmes non résolus en ce qui concerne la maladie mentale, comme vous l'avez souligné, et la recherche de l'égalité ne signifie pas que vous devez les ignorer. Si votre comité et le Parlement décident que lorsque la maladie mentale est la seule affection sous-jacente, cela présente des problèmes particuliers de pronostic, d'irrémédiabilité et de suicidabilité, alors le fait de faire une distinction sur cette base ne sera pas nécessairement jugé discriminatoire par un tribunal.

En réalité, comme vous l'avez entendu, les organisations de défense des droits des personnes handicapées font valoir un autre aspect lié à l'égalité: selon elles, priver ce groupe de protection pénale repose sur un principe discriminatoire selon lequel leur vie ne vaut pas la peine d'être vécue et que la mort serait un meilleur choix

pour eux. Je félicite Isabel Grant pour l'article qu'elle a publié à ce sujet sur l'article 15.

Ce que je tiens à souligner, cependant, et ce dont ma collègue et amie, Mme Gilbert, a omis de parler, c'est que la première chose qu'il faut prouver en vertu d'une analyse fondée sur l'article 15, c'est qu'il y a un avantage en vertu de la loi. Vous n'allez même pas jusqu'au critère de l'égalité, le critère de l'égalité en deux parties, à moins que vous puissiez démontrer cet avantage, et les différences entre les provinces... L'Alberta adopte maintenant sa propre loi. Le Québec a sa propre loi.

Ce sont les provinces qui fournissent l'aide médicale à mourir. Même en admettant que la disposition relative à l'aide médicale à mourir est un avantage, cela ne relève pas de la loi fédérale. La loi fédérale n'accorde qu'une exemption à la criminalisation. Par conséquent, l'article 15 ne s'applique peut-être même pas en l'espèce.

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

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Le sénateur Loffreda a la parole pour 2 minutes et 50 secondes.

L'hon. Tony Loffreda: Merci, monsieur le président.

Merci à tous nos témoins d'être ici. Ma question s'adresse à Mme Gilbert.

Votre travail porte en grande partie sur les droits à l'égalité et l'élimination des obstacles discriminatoires à l'accès à l'aide médicale à mourir.

Comment conciliez-vous l'élargissement de l'accès fondé sur les droits à l'égalité avec l'obligation de l'État ou du gouvernement de protéger les personnes qui peuvent être vulnérables en raison d'une maladie mentale, particulièrement lorsque la capacité, l'irrémédiabilité et les pressions externes sont difficiles à évaluer?

Où le Parlement devrait-il tracer la ligne de démarcation entre l'élargissement des droits et la mise en place de garanties suffisantes?

Daphne Gilbert: Je m'en remets aux cliniciens s'agissant de leurs méthodes d'évaluation du point de vue médical, mais les garanties juridiques sont très solides. Il ne suffit pas d'être atteint de maladie. Il ne suffit pas d'être atteint de maladie mentale. Il faut que ce soit une maladie mentale grave. Elle doit provoquer des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui sont intolérables pour les personnes. À mon sens, le mot « persistante » indique une certaine durée, une longue période. Il faut être dans un état avancé de déclin irréversible des capacités.

Ce sont tous des critères de la définition d'un problème de santé grave et irrémédiable. Il ne s'agit pas seulement d'une maladie mentale ou d'un handicap. Il faut tous ces autres critères qui rendent la maladie beaucoup plus grave, et je fais confiance à nos cliniciens pour être en mesure de l'évaluer.

L'hon. Tony Loffreda: Merci.

Merci, monsieur le président.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

La prochaine intervenante est la sénatrice Wallin, qui dispose de 2 minutes et 50 secondes.

L'hon. Pamela Wallin: Merci.

Madame Gilbert, vous êtes la seule témoin sur neuf ou dix ce soir à défendre un point de vue opposé. Les témoignages sont très déséquilibrés à cet égard. J'aimerais que vous nous disiez quelles sont, selon vous, les limites qui s'appliquent actuellement au gouvernement fédéral. Vous avez parlé d'un retard de six ans, du fait que le gouvernement pourrait simplement lever cette restriction et qu'il se conformerait ainsi à la loi.

La deuxième partie de ma question porte sur les provinces et leur position, parce qu'on nous dit qu'elles ont le pouvoir de rendre les règles et l'accès beaucoup plus restrictifs, mais qu'elles ne peuvent pas élargir la portée; elles ne peuvent pas légaliser quelque chose d'illégal.

Pourriez-vous nous dire où en sont le gouvernement fédéral et les provinces?

Merci.

• (2135)

Daphne Gilbert: Je pense que la tâche du gouvernement est simple, il doit lever l'exclusion. Comme je l'ai dit, le gouvernement a déjà reconnu qu'il lui faudra à terme inclure l'AMM-TM-SPMI. Un retard de six ans n'était pas nécessaire, mais voilà où nous en sommes et nous devrions avancer sans tarder davantage.

En ce qui concerne les provinces, elles sont également tenues de se conformer à la Charte. Pour ce qui est des restrictions que les provinces mettront en place à l'égard de l'aide médicale à mourir, elles devront s'assurer qu'elles relèvent, très clairement, des autorités sanitaires provinciales et qu'il ne s'agit pas d'une tentative déguisée de réglementation en droit criminel. Il y aura des contestations fondées sur la Charte, j'en suis sûre, dans les provinces, et c'est pourquoi il serait préférable, à mon avis, que le gouvernement fédéral ait un message clair au sujet de sa position à l'égard de l'AMM-TM-SPMI.

L'hon. Pamela Wallin: Cela nécessite-t-il une modification du Code criminel ou le maintien de l'exemption?

Daphne Gilbert: Il suffirait de supprimer la disposition de temporisation pour lever l'exemption, et ensuite la maladie mentale ferait partie de la voie 2, avec toutes les mesures de protection inhérentes à cette voie.

L'hon. Pamela Wallin: Pensez-vous que nous allons devoir passer par ce processus devant les tribunaux dans les dix provinces et les trois territoires?

Daphne Gilbert: Cela se fait déjà en Ontario, et j'imagine qu'il en sera de même partout au pays si nous ne levons pas l'exclusion.

L'hon. Pamela Wallin: Merci.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Nous passons à M. Wells pour 2 minutes et 50 secondes.

L'hon. Kristopher Wells: Merci.

Mes questions s'adressent à Mme Gilbert.

Nous avons entendu de nombreuses références, y compris ici aujourd'hui, au rapporteur spécial des Nations unies, aux trois experts de l'ONU et au Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies et aux conclusions qu'ils ont tirées concernant l'aide médicale à mourir au Canada.

Croyez-vous qu'il serait raisonnable que les membres du Comité fondent leurs conclusions au sujet de l'aide médicale à mourir TM-SPMI sur ces documents?

Daphne Gilbert: Il n'y a rien dans ce rapport, ou dans les rapports du Comité de l'ONU, qui indique qu'ils ont consulté d'autres personnes que celles qui s'opposent à l'aide médicale à mourir TM-SPMI. Ils n'ont pas parlé à des experts ou à des gens qui avaient une expérience vécue et qui ne s'y opposaient pas. Ils ont tenu une séance d'information privée avec des organisations qui n'ont présenté que le point de vue de la lutte contre la voie 2.

Je pense qu'il est difficile de fonder des décisions aussi lourdes de conséquences que celles qui vous incombent sur un rapport qui repose sur des contributions très partiales. Il serait préférable de s'appuyer sur des études objectives, qui examinent les deux côtés de la question.

L'hon. Kristopher Wells: Il me semble que c'est un rappel à notre comité qui doit veiller à ce que les points de vue exprimés restent équilibrés tout au long de nos audiences et que nous ne favorisons aucune partie au détriment de l'autre. Je vous en remercie.

Est-il vrai que les demandeurs dans l'affaire Truchon et Gladu étaient des personnes handicapées et, par exemple, n'étaient pas sur ce qu'on a appelé la voie 1?

Daphne Gilbert: Oui.

L'hon. Kristopher Wells: Est-il vrai que les personnes handicapées capables de prendre des décisions ont le pouvoir légal de refuser un traitement essentiel au maintien de la vie?

Daphne Gilbert: Oui. Si elles en ont la capacité, elles peuvent prendre des décisions au sujet de leur traitement.

L'hon. Kristopher Wells: Est-il vrai que les personnes handicapées capables de prendre des décisions et vivant dans ce que certains décrivent comme le capacitisme intériorisé, la vulnérabilité socioéconomique ou la marginalisation ont légalement le pouvoir de refuser un traitement essentiel au maintien de la vie?

Daphne Gilbert: Dans la mesure où toutes les possibilités sont soigneusement examinées avec elles, comme l'exige la loi, alors oui.

L'hon. Kristopher Wells: Est-il vrai que des personnes capables de prendre des décisions et souffrant d'une maladie mentale grave ont le pouvoir légal de refuser un traitement essentiel au maintien de la vie, même si ce refus aura pour conséquence la mort?

Daphne Gilbert: Oui, les personnes compétentes peuvent choisir la mort.

L'hon. Kristopher Wells: Est-il vrai que les personnes capables de prendre des décisions et souffrant d'une maladie mentale grave qui vivent dans des conditions de vulnérabilité socioéconomique et de marginalisation ont le pouvoir légal de refuser un traitement essentiel au maintien de la vie?

Daphne Gilbert: Oui. Là encore, dans la mesure où les possibilités qui s'offrent à ces personnes sont soigneusement examinées avec elles, comme l'exige la loi, alors oui.

L'hon. Kristopher Wells: Merci.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, sénateur.

Nous allons passer au dernier tour.

Madame Jansen, vous avez 2 minutes et 50 secondes.

Tamara Jansen: La demande d'aide au suicide d'une femme est fondée sur la violence, le traumatisme ou l'abandon, et le Canada y répond en la rendant admissible à l'aide médicale à mourir pour cause de maladie mentale.

Est-ce vraiment une question d'autonomie ou s'agit-il d'un grave échec en matière de protection, madame Grant?

Isabel Grant (professeure Killam de l'université, University of British Columbia, à titre personnel): De toute évidence, je pense que c'est un grave échec du système à plusieurs égards, non seulement sur le plan de la protection, mais aussi parce que nous avons lamentablement échoué à fournir aux femmes les ressources dont elles ont besoin pour échapper à la violence.

Une grande partie de ma recherche a porté sur la façon dont les femmes atteintes d'une maladie mentale sont particulièrement ciblées par la violence et la violence sexuelle. L'idée que la mort de la victime soit une réponse appropriée à la violence faite aux femmes est tout à fait indéfendable.

Si je peux me permettre, Mme Sheehy et moi avons participé aux audiences de l'ONU. Toute organisation qui voulait présenter un mémoire pouvait le faire. Je ne suis pas d'accord avec l'affirmation selon laquelle il se tenait des réunions secrètes. Ces réunions étaient ouvertes à toute organisation qui voulait présenter un mémoire.

• (2140)

Tamara Jansen: Le Canada ne recense même pas systématiquement les traumatismes, les abus ou les violences dans les demandes d'aide médicale à mourir; comment le Parlement pourrait-il alors envisager d'étendre l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes de troubles mentaux alors qu'il ignore encore certains des facteurs mêmes qui poussent les femmes à recourir à l'aide médicale à mourir?

Isabel Grant: Je pense que le travail de la Dre Nicolini et celui du Dr Kim ont véritablement mis en évidence à quel point les traumatismes et les antécédents de violence contribuent au désir de mourir, que ce soit par le suicide ou par l'euthanasie psychiatrique. Je ne vois tout simplement pas quelle garantie pourrait empêcher cela dans un monde où les femmes sont confrontées à la violence.

Tamara Jansen: Merci.

Je cède mon temps de parole à M. Lawton.

Andrew Lawton: Merci.

Madame Gilbert, vous avez déclaré, défendu et écrit que les établissements de soins de santé financés par des fonds publics ne devraient pas avoir le droit de refuser de pratiquer l'aide médicale à mourir pour des raisons religieuses. Nous avons entendu les témoignages de nombreux psychiatres et médecins qui, pour des raisons médicales et compte tenu de leurs connaissances en psychiatrie, estiment que l'AMM ne devrait en aucun cas être pratiquée dans le cas de maladies mentales, quelles que soient les mesures de protection mises en place.

Croyez-vous que les établissements de soins de santé devraient être autorisés, si cette expansion se fait légalement, à refuser d'offrir ce service aux personnes atteintes d'une maladie mentale, uniquement pour cette raison?

Le coprésident (Marcus Powlowski): Répondez très brièvement.

Daphne Gilbert: Je crois que les praticiens ont le droit d'avoir une objection de conscience, mais pas les institutions.

Andrew Lawton: Vous forceriez alors les établissements à euthanasier des personnes atteintes de maladie mentale, même s'ils ne croient pas que ce soit médicalement légitime?

Daphne Gilbert: Je dirais que les institutions n'ont pas de droits garantis par la Charte.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Madame Tesser Derksen, il vous reste 2 minutes et 50 secondes.

Kristina Tesser Derksen: Merci, monsieur le président.

J'aimerais revenir à la Charte, surtout en ce qui concerne le respect de la conformité. Ma question s'adresse à Mme Gilbert.

Je vais m'appuyer un peu sur l'affaire Morgentaler parce que je pense qu'il y a des limites à établir. Dans cette affaire, la juge Wilson a déclaré qu'elle croyait que « les rédacteurs de la Constitution » envisageaient « la liberté pour l'individu [...] de faire ses propres choix pour le meilleur ou pour le pire ». Je crois que c'est ce qu'elle a dit. Cela sous-entendait le droit de prendre des décisions sur sa fin de vie, y compris au moyen de l'aide médicale à mourir, comme choix fondamentalement autonome.

Vous avez dit que, selon vous, les dispositions relatives à l'aide médicale à mourir seraient sauvegardées par l'article 1 de la Charte. Est-il juste de présumer que cela repose en partie sur l'affirmation selon laquelle, même si le consentement à un traitement médical diffère du consentement à l'aide médicale à mourir, les mêmes conditions de base s'appliquent dans les deux situations — c'est-à-dire qu'une évaluation des capacités doit être effectuée par un médecin?

Daphne Gilbert: Tout d'abord, la juge Wilson, dans l'affaire Morgentaler, a dit avec émotion que les gens devraient avoir le droit de faire des choix de vie fondamentaux, et notamment le choix le plus fondamental: quand ou comment ils veulent mourir, s'ils sont admissibles à l'aide médicale à mourir.

En ce qui concerne les évaluations des capacités, bien sûr, les gens ne peuvent recevoir l'aide médicale à mourir que s'ils sont capables de la comprendre et d'y consentir. Le projet de loi prévoit des mesures de protection supplémentaires à cet égard. Par exemple, les personnes doivent être informées de toutes les solutions de rechange et elles doivent avoir envisagé les autres solutions dont elles pourraient bénéficier. Le praticien doit être convaincu qu'elles ont vraiment pris ces choses au sérieux. Tout cela est prévu dans la loi.

Kristina Tesser Derksen: C'est parfait. Merci.

Je vais poursuivre sur cette lancée.

Ce soir, un témoin a fait part de ses préoccupations quant à l'importance de la capacité requise pour donner son consentement à des décisions médicales, en particulier pour avoir recours à l'aide médicale à mourir. Ce témoin représentait des personnes atteintes d'un handicap intellectuel. On pourrait faire valoir que le consentement est en réalité impossible dans ce contexte, car ces Canadiens n'ont pas la capacité intellectuelle nécessaire pour comprendre les conséquences de ces décisions.

Pouvez-vous nous dire ce que vous pensez du lien juridique, dans le contexte de l'aide médicale à mourir, entre une déficience intellectuelle et la capacité de consentir?

Daphne Gilbert: Je le répète, je ne suis pas clinicienne, alors je ne peux vraiment pas me prononcer sur la façon dont les évaluations de la capacité sont effectuées. Cela relève entièrement des professionnels de la santé. Je pense que les personnes ayant une déficience intellectuelle peuvent parfois avoir des capacités. Tout dépend de l'évaluation du prestataire.

• (2145)

Kristina Tesser Derksen: Merci.

Je vais céder le reste de mon temps de parole.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour une minute et 50 secondes.

Luc Thériault: Merci, monsieur le président.

Madame Gilbert, comment expliquer que l'histoire de l'aide médicale à mourir au Canada procède toujours d'un jugement de la Cour suprême pour que, finalement, les parlementaires puissent légiférer?

Comment peut-on expliquer ça et comment arrivez-vous à vous expliquer ça?

[Traduction]

Daphne Gilbert: Je comprends qu'il est très difficile d'être à votre place. Il est très difficile de devoir légiférer sur des questions sociales vraiment compliquées. Je ne suis pas surprise qu'un si grand nombre de ces questions — comme l'avortement et l'aide médicale à mourir — se soient retrouvées devant la Cour suprême du Canada. Je pense qu'il vous est très difficile de concilier tous les acteurs en présence, qui ont des intérêts divergents, et leurs opinions respectives. En réalité, c'est le rôle fondamental de la Cour de se prononcer sur les droits garantis par la Charte.

Je crois cependant que le gouvernement, lorsqu'il sait ce qu'est un droit garanti par la Charte et quels sont ces droits, devrait agir en conséquence.

[Français]

Luc Thériault: Ne revient-il pas au législateur de faire les lois et de les faire en fonction du bien-être des gens qu'il représente?

En ce sens, n'est-il pas anormal que, après l'arrêt Carter, on en soit encore rendu à faire porter le fardeau à des citoyens, à des personnes souffrantes, pour qu'elles fassent valoir leurs droits et que le Parlement ait ensuite très peu de temps pour pouvoir discuter de ces questions?

Notre comité va avoir six ans en 2027.

N'est-il pas anormal de laisser le fardeau à des citoyens?

[Traduction]

Le coprésident (Marcus Powlowski): Répondez rapidement, s'il vous plaît.

Daphne Gilbert: Je pense que c'est très injuste.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Sénateur Dalphond, vous avez 1 minute et 50 secondes.

L'hon. Pierre Dalphond: Merci.

Je reviens à ce litige en instance. Est-ce que le statut d'intervenant a été accordé à certaines organisations jusqu'à maintenant?

Daphne Gilbert: Non, nous n'avons pas encore atteint l'étape où nous accueillons les intervenants.

Je voudrais dire une chose à propos de ce litige, notamment en ce qui concerne le fardeau que nous faisons peser sur les personnes concernées. Nous avons deux plaignants qui souffraient, depuis

des décennies, d'une maladie mentale grave et profonde. L'un d'eux s'est retiré de la procédure parce que le litige traînait en longueur et que le fardeau qui lui incombait était trop lourd. C'est là une conséquence bien réelle du litige. Si nous n'avons pas maintenu la prolongation, ce fardeau aurait été imposé à ces personnes.

L'hon. Pierre Dalphond: J'ai fait part de ces observations dans mon opinion dissidente lors de la rédaction du dernier rapport. J'ai dit clairement que nous devrions renvoyer l'affaire à la Cour suprême immédiatement, simplement pour mettre fin aux souffrances et établir une voie claire pour que les gens sachent s'ils y ont accès ou non.

Je remercie tous les témoins de leur présence ce soir.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci, sénateur.

Enfin, la sénatrice Martin dispose de 1 minute et 50 secondes.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): C'est très peu de temps. Je suppose que c'est la dernière question.

Elle s'adresse à vous, madame Grant.

Nous avons entendu dire que l'élargissement de l'aide médicale à mourir « mettrait fin à la vie des femmes de façon disproportionnée ». Vous pouvez faire des commentaires à ce sujet ou sur tout autre point que vous avez entendu, si vous voulez avoir le dernier mot.

Isabel Grant: Merci.

Nous devons vraiment nous méfier de toute loi fédérale qui aura pour effet d'entraîner la mort de femmes de façon disproportionnée. À moins de dire que nous sommes totalement différents de ce qui se fait en Europe ou que l'aide médicale à mourir pour maladie mentale est fondamentalement différente de ce que nous avons déjà vu avec la voie 2, nous allons nous retrouver avec des décès de femmes — des décès de femmes atteintes d'une maladie mentale, qui ont des antécédents de marginalisation et dont l'autonomie a été précisément refusée par la profession médicale.

Je tiens à souligner qu'il y a d'autres litiges en cours en Ontario où des demandeurs individuels se sont vu imposer un fardeau énorme par l'existence de l'aide médicale à mourir. Ces deux demandeurs ont une maladie mentale. Ces deux demandeurs se sont vu offrir l'aide médicale à mourir alors qu'ils cherchaient à obtenir de l'aide pour vivre. Ces deux demandeurs sont depuis longtemps marginalisés par la profession médicale.

L'idée qu'offrir la mort va en quelque sorte favoriser l'autonomie des femmes atteintes de maladie mentale est franchement si consternante que je ne sais pas comment y réagir. Les femmes atteintes de maladie mentale méritent d'avoir accès à une vie digne.

Merci.

• (2150)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

J'aimerais remercier les témoins de leur présence.

J'aimerais rapidement ajouter quelque chose. Plusieurs personnes ont dit que le jugement Wilson dans l'affaire Morgentaler était pertinent. Je pense que c'est un très bon jugement, et j'exhorte quiconque s'intéresse à la question à le lire.

Permettez-moi de souligner que la semaine prochaine, nous aurons deux réunions, lundi et mardi.

S'il n'y a rien d'autre, je lève la séance.

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>