



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

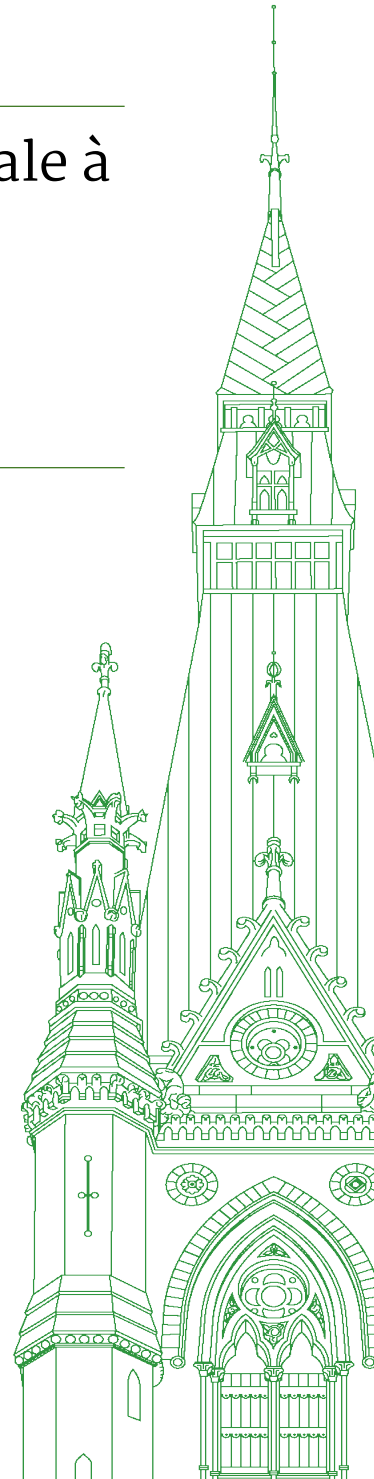
Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 005

Le lundi 27 avril 2026

Coprésidents : Marcus PowlowskiYonah Martin



Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

Le lundi 27 avril 2026

• (1835)

[Français]

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond (Québec (De Lorimier), GSI)): Bonsoir, tout le monde.

Je m'appelle Pierre Dalphond, sénateur du Québec. Notre estimée collègue la sénatrice Martin ne peut être présente aujourd'hui, et elle m'a demandé d'agir à sa place en ma qualité de vice-coprésident du Comité.

Conformément à l'ordre de renvoi du Sénat adopté le 26 février 2026, ainsi qu'à l'ordre de renvoi de la Chambre des communes adopté le 13 février 2026, le Comité mixte spécial se réunit pour étudier l'admissibilité à l'aide médicale à mourir pour les personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale.

La réunion d'aujourd'hui se déroule de façon hybride, conformément au Règlement. Les membres sont présents en personne, dans la salle, ainsi qu'à distance, au moyen de l'application Zoom.

À ce sujet, avant de commencer, j'aimerais confirmer que les tests de son ont été faits avec succès. Je demande à tous les participants en personne de consulter les lignes directrices écrites sur les cartes qui sont devant eux sur la table. Ces mesures visent à protéger les interprètes contre des incidents audio et de rétroaction.

J'aimerais faire quelques commentaires au bénéfice des témoins et de nos membres.

Avant de prendre la parole, attendez que je vous nomme.

Ceux qui participent par vidéoconférence peuvent cliquer sur l'icône du microphone pour activer leur micro. Je leur demande de l'éteindre lorsqu'ils ne parlent pas.

Ceux qui utilisent Zoom peuvent sélectionner au bas de l'écran le canal d'interprétation approprié entre le parquet, l'anglais ou le français. Ceux qui sont dans la salle peuvent utiliser l'oreillette et sélectionner le canal désiré.

Nous vous rappelons que tous les commentaires doivent être adressés à la présidence.

Je demande aux membres présents dans la salle de lever la main s'ils veulent prendre la parole. Ceux qui utilisent Zoom sont priés d'utiliser la fonction « main levée ».

Honorables sénateurs et députés, il s'agit de la cinquième réunion du Comité mixte spécial, qui est chargé d'entreprendre un examen exhaustif de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir pour les personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale.

Avant que nous commençons, je voudrais vous informer qu'il a été convenu de réduire le temps consacré à chaque groupe de témoins, afin de récupérer 15 % du temps. Lorsque retentira la sonnerie d'appel au vote à la Chambre des communes, nous suspendrons nos travaux pendant 15 à 20 minutes, le temps de permettre aux députés de changer d'étage et de revenir ici.

Je souhaite maintenant la bienvenue à notre premier groupe de témoins.

[Traduction]

Parmi les témoins à titre personnel, nous avons Margaret McKinnon, professeure au Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales de l'Université McMaster, et la Dre Lilian Thorpe, professeure titulaire au Département de santé communautaire et d'épidémiologie et Département de psychiatrie de l'Université de la Saskatchewan. Nous recevons également la Dre Stefanie Green, par vidéoconférence, et le Dr Gordon Gubitzi, qui se trouve parmi nous dans la salle. Ils représentent l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM.

Si des difficultés techniques surviennent lors des témoignages par vidéoconférence, notamment en ce qui concerne l'interprétation, veuillez en informer le Comité et nous ferons tout notre possible pour résoudre le problème. Notez que nous pourrions devoir suspendre la séance, afin de garantir que tous les membres puissent participer pleinement.

Madame McKinnon et docteure Thorpe, je vous invite chacune à faire une brève déclaration liminaire de cinq minutes. Cela sera suivi d'une déclaration conjointe des Drs Green et Gubitzi. Après vos interventions, les membres poseront leurs questions.

Madame McKinnon, la parole est à vous. Je vous en prie.

Margaret McKinnon (professeure, Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, McMaster University, à titre personnel): Merci.

Bonsoir. Je m'appelle Margaret McKinnon. Je suis psychologue clinicienne agréée et professeure titulaire, ainsi que vice-présidente à la recherche, au Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales de l'Université McMaster. J'ai obtenu du financement pour mes travaux sur le trouble de stress post-traumatique de l'Agence de la santé publique du Canada, de la Défense nationale, d'Anciens Combattants Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada. Je suis invitée à titre d'experte nationale et internationale sur les blessures de stress post-traumatique.

Je ne suis pas seulement une experte en santé mentale et en bien-être, mais je suis aussi une personne ayant des antécédents de dépression, de trouble de stress post-traumatique et de tendances suicidaires qui remontent à loin. C'est donc en tant que personne ayant vécu une telle situation que je témoigne devant vous ce soir, et je demanderais aux membres du Comité de tenir compte de cela dans leurs questions. C'est un témoignage très difficile à livrer pour moi.

Enfin, je témoigne ce soir à titre individuel et je ne suis pas ici pour représenter une organisation quelconque.

J'aimerais souligner que bien que les expériences individuelles ne se prêtent pas à la généralisation, elles sont révélatrices et illustrent les conséquences possibles de la décision d'approuver l'aide médicale à mourir pour les troubles de santé mentale. J'éprouve une profonde sympathie pour les personnes qui souhaitent accéder à l'aide médicale à mourir et une grande empathie pour celles qui souffrent. Je suis toutefois ici ce soir pour représenter des Canadiennes et Canadiens qui pourraient se sentir beaucoup moins en sécurité et qui considéreraient comme risquée pour eux la possibilité que cette législation soit adoptée. C'est un point de vue qui est rarement pris en compte.

Mon propre parcours avec des symptômes dépressifs et un diagnostic subséquent de trouble dépressif majeur couvre près de 40 ans et a commencé lorsque j'avais environ 12 ans. Je suis traitée de façon continue pour la dépression depuis que j'ai 24 ans, y compris au moyen d'approches thérapeutiques reconnues comme étant les meilleures. En 2001, pendant ma lune de miel, j'étais à bord d'un avion d'Air Transat qui a manqué de carburant au beau milieu de l'Atlantique, et pendant 25 minutes, nous nous sommes préparés à ce que l'appareil s'abîme dans l'océan. J'ai survécu à cet incident, mais j'ai aussi développé un trouble de stress post-traumatique.

J'ai la grande chance d'être bien prise en charge par le système et, au fil des ans, j'ai eu accès à des traitements courants et avant-gardistes en santé mentale. Malgré cet accès et le soutien constant de ma famille et de mes amis très proches, j'ai traversé une période de plusieurs années au cours de laquelle je souhaitais mourir, j'avais élaboré un plan de suicide complet avec les moyens nécessaires, et j'étais plongée dans un désespoir tel que je considérais ma vie comme ne valant pas la peine d'être vécue. Objectivement, j'aurais alors été une candidate idéale à l'aide médicale à mourir, en raison de mes problèmes de santé mentale, ainsi que de mes longs antécédents de troubles de santé mentale, que je percevais comme irrémédiables et associés à une souffrance grave, malgré un traitement continu.

En effet, si la législation proposée autorisant l'aide médicale à mourir pour des troubles de santé mentale avait existé à cette époque, je crois que je ne serais pas ici pour témoigner ce soir. Je pense que j'aurais eu recours à cette option, même si à ce moment-là, je faisais encore partie d'une famille, j'étais une amie très appréciée et j'exerçais comme professeure et clinicienne accomplie dans une grande université canadienne et un hôpital. J'aurais choisi cette option de mourir et je ne serais pas ici parmi vous. Je traverse maintenant une phase de rétablissement essentiellement stable, qui fait contraste avec le désir persistant de mourir que j'avais auparavant.

Au fil des ans, j'ai connu des phases de rechute et de rétablissement, avec un traitement continu. Il y a un an, ces pensées suicidaires et ce désir de mourir sont réapparues avec vigueur. Même si je suis une professionnelle en santé mentale, cela m'a ébranlée de voir la rapidité avec laquelle ces pensées sont revenues, la force de mon

désir de recourir à l'aide médicale à mourir et le caractère irrévocable de ces sentiments. Bien que je reconnaisse que j'aurais pu devoir attendre pour accéder à l'aide médicale à mourir dans ces conditions, l'avenir que j'imaginai alors incluait clairement cette option.

En partageant cette expérience, j'espère illustrer au Comité le sentiment d'insécurité que certains Canadiens éprouvent face à cette législation. Pour moi, cela semble une option à laquelle je pourrais recourir si je tombais malade suffisamment longtemps ou si mes circonstances de vie changeaient assez radicalement, même si je reconnais sans équivoque qu'il y a un espoir de rétablissement lorsque je vais bien, comme c'est le cas actuellement.

J'ai la chance d'avoir un bon accès aux soins de santé mentale, des moyens financiers et un large soutien social, mais j'ai tout de même l'impression d'être très à risque. En outre, comme cela a été maintes fois démontré dans les délibérations de ce comité, il est faux de croire que tous les Canadiens ont un accès égal à des traitements pour les troubles de santé mentale. Dans le cas du TSPT et de la dépression, les lignes directrices nationales et internationales recommandent ce qui correspond essentiellement à des traitements de première, deuxième et troisième lignes. Comme l'illustrent des incidents tels que celui de Tumbler Ridge et ses suites, l'accès aux soins de santé mentale de première ligne pour les habitants des communautés rurales, par exemple, est moins disponible que dans d'autres régions du pays, sans parler des traitements de deuxième et troisième lignes.

J'en appelle donc au Comité sur deux points. Le premier est de considérer les Canadiens qui, comme moi, se sentiront en danger et craindront pour leur sécurité si cette législation est adoptée. Le second est de reconnaître que tous les Canadiens n'auront pas un accès égal à tous les traitements de référence recommandés avant de recourir à l'aide médicale à mourir, dans un pays marqué par des inégalités économiques, géographiques et culturelles qui perdurent, malgré d'importants efforts pour les corriger.

• (1840)

Merci.

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Merci.

Nous passons maintenant à la Dre Thorpe.

Lilian Thorpe (professeure titulaire, Département de santé communautaire et d'épidémiologie et département de psychiatrie, University of Saskatchewan, à titre personnel): Merci beaucoup pour cette excellente présentation. J'ai entendu la même chose venant d'autres personnes. Merci pour votre courage à prendre la parole.

Merci de m'avoir invitée à comparaître devant ce comité.

Je suis heureuse de pouvoir vous faire part de mes observations sur l'admissibilité à l'aide médicale à mourir pour les personnes dont le seul problème de santé est une maladie ou un trouble mental. Je suis psychiatre gériatrique, et mes intérêts portent sur le vieillissement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle, ainsi que dans d'autres populations handicapées et chez les aînés. Je réalise de nombreuses évaluations complexes de la capacité pour une autorité sanitaire. On m'avait invitée à participer au processus de planification dès 2015, avant la législation, et je continue à être impliquée à l'échelle provinciale, maintenant que le programme est géré à ce niveau en Saskatchewan.

J'ai travaillé avec des apprenants à plusieurs niveaux et j'ai participé à divers processus de recherche, y compris des projets sur le grand nombre de médicaments prescrits aux patients âgés durant leurs six derniers mois de vie. Les résultats confirment d'autres données qui montrent qu'en fin de vie, nous proposons souvent des traitements peu bénéfiques qui compliquent cette période. J'ai demandé à des apprenants d'explorer mes données concernant les besoins non comblés chez les personnes qui demandent l'aide médicale à mourir, car nous voulons absolument éviter que des personnes mettent fin à leurs jours parce qu'elles n'ont pas un accès adéquat aux ressources.

Nous avons aussi examiné le profil de personnes ayant demandé l'aide médicale à mourir. Nous avons constaté qu'il s'agissait en grande majorité de personnes issues de milieux à revenus élevés et ayant un niveau d'éducation élevé. Un de nos projets, qui remonte à quelques années, concernait des personnes avec des lésions de la moelle épinière. Il portait sur la manière dont nous devrions aborder l'aide médicale à mourir pour les personnes ayant subi des blessures récentes qui se tournent vers nous pour obtenir cette aide. Nous avons reçu beaucoup de réactions selon lesquelles il fallait faire preuve de prudence et faire participer des personnes ayant une expérience concrète, en sollicitant leur avis avant de procéder.

Je parle ici de mes expériences cliniques. Je ne suis pas une experte des interprétations juridiques avancées par d'autres.

Cela a été très difficile sur les plans clinique et éthique pour nous tous, directement ou indirectement. Nous avons d'abord évalué des personnes atteintes de cancers graves et incurables déjà suivies dans des cliniques de cancérologie et de soins palliatifs. Il s'agissait de personnes ayant un niveau de scolarité et un statut socioéconomique élevés, qui pouvaient accéder à l'aide médicale à mourir. Il y avait beaucoup de stigmatisation entourant le sujet, ce qui fait que les personnes concernées n'accédaient souvent pas à toutes les ressources disponibles, car elles ne parlaient pas de leur projet de mettre fin à leurs jours.

Depuis 2021, un grand nombre de personnes qui se trouvent dans la voie 2 sont atteintes de maladies en phase terminale ou de problèmes de santé chroniques. Ces cas sont beaucoup plus complexes. Les personnes en question présentent des troubles mentaux chroniques, souffrent d'isolement social, sont démoralisées, et ont souvent une connaissance partielle des ressources auxquelles elles pourraient avoir accès.

Je vais donner un exemple, celui d'un patient sans abri dans un refuge, que j'avais rencontré auparavant à l'hôpital. Il s'est retrouvé sans suivi médical, sans insuline, ni médicaments pour sa douleur neuropathique sévère. Il ne savait même pas qu'une infirmière praticienne pouvait intervenir et lui procurer ses médicaments. Bien sûr, nous n'avons pas approuvé sa demande. Nous l'avons plutôt orienté vers les ressources appropriées. Il est triste de constater qu'il faut parfois qu'une personne demande l'aide médicale à mourir pour être mise en contact avec les ressources disponibles.

Mon objectif principal avec les patients de la voie 2 — ceux dont la situation s'apparente le plus à celle des patients dont nous discutons maintenant — a toujours été d'améliorer leur qualité de vie pour qu'ils n'aient pas à mettre fin à leurs jours. C'est un travail très intensif. La situation s'est quelque peu améliorée depuis que des travailleurs sociaux ont été embauchés, dans le cadre de notre programme provincial, pour aider à connecter les gens aux ressources. Avant cela, nous nous en occupions nous-mêmes, ce qui demandait beaucoup d'heures de travail. C'est un point crucial: comment

mettre en place du soutien pour ceux d'entre nous qui réalisent ces évaluations. Je ne pense pas que la situation est la même ailleurs au pays.

En ce qui concerne l'aide médicale à mourir pour les troubles mentaux, les défis sont encore plus grands que pour la voie 2. Les personnes sont souvent convaincues que rien ne pourra jamais les guérir. Paradoxalement, certains patients nous confient que le fait de savoir qu'ils pourraient avoir accès à une mort paisible, à condition de s'engager dans un traitement approprié, pourrait les motiver à suivre ce traitement assez longtemps pour stabiliser leur état. Nous voyons cela avec la voie 2. Ces personnes veulent vraiment mourir, mais on leur dit qu'elles ne pourront recevoir l'aide médicale à mourir qu'après avoir eu une prise en charge appropriée.

Pour ce qui est des troubles mentaux, il est très difficile de prévoir comment la situation évoluera. Il faut souvent des années pour atteindre une stabilisation complète, et nous ne pouvons pas facilement prédire quand cela se produira, particulièrement pour les jeunes, qui ont encore de nombreuses années à vivre. Il se peut qu'ils soient plus impulsifs, mais ils peuvent vivre assez longtemps pour constater des améliorations grâce aux nombreuses interventions. J'ai parlé à une femme dans une telle situation, qui m'a dit que si l'aide médicale à mourir avait été disponible quand elle avait la fin de la trentaine, elle serait décédée depuis longtemps.

• (1845)

Je sais que mon temps est presque écoulé...

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Merci beaucoup. Vous devez conclure.

Lilian Thorpe: Pour terminer, je mentionnerai qu'il existe aussi des personnes plus âgées qui ont tout tenté pendant de longues années. J'espère encore que nous trouverons une façon de leur permettre de mourir paisiblement. Ce ne sera toutefois qu'une minorité d'entre elles.

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Je suis désolé, mais je dois vous interrompre, car il faut que tout le monde puisse intervenir.

Est-ce que c'est le Dr Gubitiz qui prendra la parole maintenant?

Gordon Gubitiz (prestataire d'AMM, Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM): Ce sera la Dre Green.

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Docteur Green, vous avez la parole. Je vous en prie.

• (1850)

Stefanie Green (prestataire d'AMM, Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM): Je tiens à remercier les deux intervenantes précédentes.

Je m'appelle Stefanie Green. Je suis médecin de famille et j'ai plus de 30 ans d'expérience clinique; j'exerce en tant que praticienne de l'AMM en Colombie-Britannique depuis juin 2016. Je suis ici aujourd'hui en compagnie du Dr Gordon Gubitiz, un neurologue exerçant en Nouvelle-Écosse qui pratique également l'AMM depuis que la loi l'autorise. Nous avons tous deux été profondément impliqués dans la formation, la supervision, l'enseignement, la recherche, l'élaboration des programmes d'études et des lignes directrices en matière d'AMM aux niveaux local, national et international.

Nous sommes ici aujourd'hui en tant que représentants de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires d'AMM, ou ACEPA, une organisation professionnelle nationale que j'ai cofondée et que j'ai aidé à diriger pendant près d'une décennie. L'ACEPA est une communauté de professionnels issus de divers horizons qui participent à l'administration et à la prestation de l'AMM partout au Canada. Elle soutient les professionnels de l'AMM dans leur travail, sensibilise la communauté des soins de santé à l'AMM et joue un rôle de premier plan dans l'établissement de normes et de lignes directrices de pratique conformes à la législation du pays, ce qui, dans l'ensemble, soutient nos patients, leurs familles et, espérons-le, les professionnels eux-mêmes.

Je tiens à souligner que l'ACEPA ne milite pas en faveur d'un changement de la loi. Nous n'avons aucun rôle à jouer dans la détermination de ce que les lois de ce pays autorisent ou non; nous reconnaissons plutôt que ce rôle revient au Parlement. Nous comprenons la tâche difficile à laquelle ce comité est confronté, et nous sommes heureux de pouvoir partager les enseignements tirés de nos dix années d'expérience.

L'une des contributions de l'ACEPA à la pratique de l'AMM est le Programme canadien de formation sur l'AMM. Ce projet a vu le jour lorsque des parlementaires ont sollicité l'ACEPA pour diriger cette initiative indispensable, et il a été financé grâce à une subvention obtenue auprès de Santé Canada. Une publication évaluée par des pairs, décrivant le cadre de développement exhaustif et le processus de révision éditoriale rigoureux qui a été mis en œuvre, vous a été soumise à titre d'information.

Le résultat est un programme national rigoureusement élaboré, complet et bilingue, entièrement accrédité par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Le processus d'accréditation de ces organismes est le mécanisme officiel par lequel on détermine si la formation professionnelle continue est d'une qualité appropriée pour les médecins et les infirmières.

Le programme d'études exige une solide expérience en soins de santé pour en comprendre le contenu. De plus, les premiers modules constituent la base des contenus ultérieurs, plus spécialisés. C'est pourquoi, bien qu'il nous ait été demandé de fournir à ce comité uniquement une copie du module consacré à l'AMM et aux troubles mentaux, nous vous avons envoyé un dossier présentant l'intégralité du contenu du programme d'études afin que vous puissiez l'examiner dans son contexte.

Le mandat de ce comité consiste à mener un examen complet concernant l'admissibilité des personnes dont la seule affection médicale sous-jacente est une maladie mentale à bénéficier de l'AMM. Une partie de cette évaluation a consisté à déterminer l'état de préparation des cliniciens et du système. Nous pouvons attester de la préparation clinique. Les praticiens médicaux et infirmiers de ce pays sont bien formés et compétents pour évaluer la capacité de prise de décision d'un patient, le caractère volontaire de sa demande et son risque de suicide. Ces compétences sont, en fait, mises en pratique quotidiennement et lors de chaque rencontre avec un patient. Les professionnels ayant suivi le Programme canadien de formation sur l'AMM ont encore élargi et approfondi leurs connaissances et leurs compétences.

Depuis 10 ans, les praticiens de l'AMM évaluent des patients atteints de troubles mentaux comorbides. Nous disposons déjà d'une décennie d'expérience pour déterminer si l'état mental d'une per-

sonne altère sa capacité de décision, si sa demande est véritablement volontaire ou si elle présente des tendances suicidaires.

Lorsqu'une femme de 63 ans atteinte d'un cancer du pancréas est venue me consulter il y a quelques années pour une évaluation de son admissibilité à l'AMM, nous avons également dû discuter de sa lutte de longue date contre le trouble bipolaire, des hospitalisations que cela avait nécessitées, des traitements réussis et de ceux qui avaient échoué au fil des ans, et, oui, de ses antécédents d'idées suicidaires. La loi m'oblige à me forger une opinion médicale pour déterminer si sa demande pour l'AMM était influencée par son trouble mental, si elle était volontaire et si elle était effectivement suicidaire. Je me suis appuyée sur ma formation de médecin de famille, sur la formation complémentaire dispensée par l'ACEPA, et j'ai apprécié la contribution de son psychiatre traitant.

Ce travail est faisable. Et oui, certains patients peuvent présenter des cas encore plus complexes. Mais comme ma fille me l'a récemment rappelé: certaines choses sont difficiles, mais on peut quand même les faire.

La publication par l'ACEPA de documents d'orientation nationaux — sur l'évaluation de la capacité, l'évaluation de l'incurabilité et l'approche à adopter envers les personnes atteintes de maladies chroniques complexes — témoigne d'une préparation accrue. La norme de pratique type pour l'AMM élaborée à l'échelle nationale a contribué à la compréhension des normes réglementaires, et l'Association des psychiatres du Canada vient de publier des lignes directrices sur l'évaluation des critères d'admissibilité chez les personnes atteintes de troubles mentaux qui demandent l'AMM et sur la gestion du risque de suicide. Tout cela pour dire que les cliniciens qui sont disposés et intéressés à faire ce travail sont prêts.

Le Dr Gubitza est dans la salle avec vous et se fera un plaisir de répondre à la plupart de vos questions.

Merci de votre attention.

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Merci beaucoup. Vous avez terminé pile à temps.

Nous allons passer aux questions des membres du Comité, en commençant par les députés. Chaque député aura quatre minutes et quinze secondes.

La parole va d'abord à M. Cooper.

• (1855)

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

Je vais adresser mes questions aux représentants de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM.

La section 4 du module 7 sur l'aide médicale à mourir et les troubles mentaux porte spécifiquement sur les troubles de santé mentale dans les évaluations de l'aide médicale à mourir et présente les troubles les plus courants associés aux demandes d'aide médicale à mourir. Les troubles courants présentés dans cette section incluent la dépression majeure, les troubles de la personnalité, les troubles liés à un traumatisme, comme le TSPT, les troubles liés à la consommation de substances et le trouble du spectre de l'autisme.

Essentiellement, toute personne atteinte de ces troubles et d'autres, y compris le trouble du spectre de l'autisme, les troubles liés à la consommation de substances et le TSPT, pourrait être admissible à l'aide médicale à mourir dans le contexte où la seule affection médicale sous-jacente est une maladie mentale. Est-ce exact?

Gordon Gubitz: Oui, c'est exact.

Michael Cooper: Il pourrait s'agir de n'importe quel trouble dans le DSM-5.

Gordon Gubitz: C'est exact, à condition que tous les critères liés à un problème de santé grave et irrémédiable soient remplis.

Michael Cooper: Cela inclurait des choses comme l'anxiété, la schizophrénie, etc. Est-ce exact?

Gordon Gubitz: C'est tout à fait possible.

Michael Cooper: L'ACEPA participe à l'élaboration des normes et lignes directrices concernant la pratique de l'aide médicale à mourir, ainsi qu'à l'élaboration de programmes d'études et à la formation des prestataires de l'aide médicale à mourir. C'est exact?

Gordon Gubitz: Nous préparons des documents d'orientation.

Michael Cooper: Je pars du principe que vous convenez que la formation et l'élaboration de normes nécessitent une approche objective, non idéologique et fondée sur des données probantes.

Gordon Gubitz: C'est exact.

Michael Cooper: Plusieurs anciens membres du conseil d'administration de l'ACEPA et un membre du comité de révision du programme d'études font partie du conseil consultatif des cliniciens de Mourir dans la dignité Canada. Est-ce que j'ai raison?

Gordon Gubitz: Il faudrait que je m'informe. Je ne connais pas ces membres en particulier...

Michael Cooper: J'ai du mal à croire...

Stefanie Green: Je peux intervenir à ce sujet.

Michael Cooper: ... que vous ne soyez pas au courant des détails...

[Français]

Claude DeBellefeuille (Beauharnois—Salaberry—Soulanges—Huntingdon, BQ): Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

[Traduction]

Stefanie Green: Excusez-moi. Je peux en parler, car je fais partie de ces membres.

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Attendez une seconde.

[Français]

Claude DeBellefeuille: Je voudrais sensibiliser mon collègue M. Cooper au fait que, lorsqu'il interrompt un témoin, l'interprétation cesse. Il faut attendre que les phrases se terminent pour que l'interprète puisse faire son travail et que je puisse assister au débat. Présentement, ce n'est pas un dialogue, c'est une participation à un comité, et il faut respecter les deux langues officielles.

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Merci, madame DeBellefeuille.

[Traduction]

Monsieur Cooper, merci de laisser à chaque témoin le temps de terminer sa réponse pour permettre l'interprétation.

Michael Cooper: Votre co-témoin, la Dre Green, siège au comité de Mourir dans la dignité Canada, elle a été présidente de l'ACEPA et elle a participé à l'élaboration du programme d'études. C'est bien cela?

Gordon Gubitz: Je vais laisser la Dre Green répondre à cette question.

Stefanie Green: Je m'excuse de vous avoir interrompu plus tôt. Merci pour la question.

Au tout début de l'aide médicale à mourir, très peu de cliniciens dans ce pays étaient disposés à faire ce travail. Ceux d'entre nous qui ont développé une expertise ont été invités à siéger aux comités consultatifs d'un certain nombre d'organisations dans plusieurs pays.

Michael Cooper: Alors la réponse est oui.

Stefanie Green: Nous siégeons comme...

Michael Cooper: La réponse était oui ou non.

[Français]

Claude DeBellefeuille: Monsieur le président...

[Traduction]

Michael Cooper: C'est mon temps de parole.

Stefanie Green: Nous ne sommes pas là pour conseiller à des fins idéologiques.

Michael Cooper: C'est mon temps de parole, et je ne veux pas qu'il soit gaspillé.

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Désolé, mais pourriez-vous répondre plus brièvement, car le temps est limité.

Merci, docteure Green.

Stefanie Green: Ce n'est pas une nomination à des fins idéologiques, mais bien à des fins consultatives...

Michael Cooper: Je vous ai demandé si vous en faisiez partie, et vous avez répondu...

Stefanie Green: ... avec une certaine expertise sur le sujet.

Michael Cooper: ... par l'affirmative.

Quand je regarde le conseil consultatif des cliniciens de Mourir dans la dignité Canada, je constate que la Dre Valerie Cooper et la Dre Tanja Daws ont participé à la mise à jour du programme d'études. Vous y avez participé aussi. Erica Maynard et le Dr Osmaan Sheikh y ont aussi contribué. La Dre Konia Trouton a également participé, et elle a déjà été présidente de l'ACEPA.

Des membres du conseil d'administration de l'ACEPA et des personnes directement impliquées dans l'élaboration du programme d'études de l'ACEPA sur l'aide médicale à mourir faisaient également partie de Mourir dans la dignité Canada, la principale organisation militante favorable à l'élargissement de l'aide médicale à mourir. Comment cela est-il conciliable?

Stefanie Green: Nous ne sommes pas à leur service. Nous sommes là comme experts en la matière.

Michael Cooper: Je dirais que les prétentions d'objectivité et de rigueur de l'ACEPA ne sont pas crédibles, compte tenu de ses liens directs avec Mourir dans la dignité Canada, une organisation qui milite pour l'élargissement de l'aide médicale à mourir. Vous manquez de crédibilité.

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Merci, monsieur Cooper, pour vos observations.

Stefanie Green: En tout respect, je ne suis pas d'accord avec vous.

Le vice-président (L'hon. Pierre Dalphond): Nous allons maintenant passer à M. Maloney pour quatre minutes et quinze secondes.

James Maloney (Etobicoke—Lakeshore, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je veux remercier tous les témoins de leur présence ce soir. Je crois vous avoir tous déjà rencontrés lors de séances précédentes de ce comité.

Madame McKinnon, je veux commencer avec vous. Vous êtes ici pour nous parler de votre expérience personnelle, et non en tant que psychologue clinicienne. Est-ce exact?

• (1900)

Margaret McKinnon: C'est exact, oui.

James Maloney: Essentiellement, si je comprends bien votre témoignage, vous êtes contre l'élargissement de la loi. Vous ne pensez pas que la loi devrait permettre aux personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale de demander l'aide médicale à mourir.

Margaret McKinnon: Je crois que nous ne sommes pas prêts pour cela dans notre pays, principalement en raison des inégalités dans la répartition des ressources et traitements en santé mentale. Les traitements de première, deuxième et troisième lignes doivent être accessibles à tous.

James Maloney: Je suis d'accord.

Vous vous basez sur votre propre expérience, puisque vous avez traversé une période pendant laquelle vous avez dit que vous auriez pu demander l'aide médicale à mourir. Est-ce exact?

Margaret McKinnon: Oui, j'aurais fait cela.

James Maloney: D'accord.

Docteure Thorpe, je n'ai pas bien saisi votre position. Êtes-vous pour ou contre l'élargissement?

Lilian Thorpe: Je suis plutôt modérée. Je pense que cela devrait être disponible à l'occasion, dans des circonstances rares, mais seulement après une réflexion approfondie et une planification sérieuse pour assurer la sécurité clinique. Comment allons-nous constituer les groupes qui examineront cela?

James Maloney: Merci, docteure.

Cela répond en partie à ma question. Je vous mettrais dans la catégorie « contre », car, à mon avis, c'est la question centrale. Si on ne parvient pas à un consensus, je ne vois pas comment, en tant que législateurs, nous pourrions recommander d'aller de l'avant.

Je vais maintenant donner la parole à la Dre Green et au Dr Gubitiz.

Docteure Green, vous avez déclaré sans équivoque que nous sommes cliniquement prêts. Vous avez dit que vous n'étiez pas là pour conseiller les législateurs sur la marche à suivre, mais vous avez ajouté que nous sommes prêts cliniquement et que vous avez confiance en notre système. Comment pouvez-vous dire cela après avoir entendu le témoignage de la Mme McKinnon ce soir?

Stefanie Green: Je suis en fait pleinement d'accord avec les deux intervenantes précédentes. La Dre Thorpe vient de bien expliquer que cela devrait être disponible uniquement dans des cas très

rare et après une évaluation minutieuse. Je pense que c'est tout à fait conforme à ce que j'ai dit et à la position de l'ACEPA.

Je vous dirais que les cliniciens sont prêts, comme ils l'étaient en 2016, comme ils l'étaient en 2021, et comme ils le seront...

James Maloney: Docteure, je vais vous interrompre, parce que j'ai déjà entendu vos arguments les deux dernières fois aussi. Le problème, c'est que nous ne pouvons pas adopter une loi comportant autant d'ambiguïté. Nous devons adopter des dispositions législatives qui l'autorisent ou qui l'interdisent. Cela pourrait laisser la décision aux praticiens, et nous devons faire confiance au système.

De nombreux praticiens ont comparu devant ce comité, tant cette fois-ci que les deux fois précédentes, et ont affirmé que nous ne sommes pas prêts sur le plan clinique et que le système n'est pas prêt pour diverses raisons, notamment parce que nous manquons de ressources. Que répondez-vous à cela et comment répondez-vous à cette question après avoir entendu Mme McKinnon?

Gordon Gubitiz: Le poste...

Stefanie Green: Je pense que ces cliniciens ne sont pas prêts et qu'ils ne devraient donc pas participer à ce travail. Les quelques personnes qui sont prêtes pourraient être mises à contribution.

James Maloney: Docteure, avec tout le respect que je vous dois, vous savez aussi bien que moi que certains médecins impliqués dans ce processus n'auront peut-être pas le même niveau d'exigence éthique ni la même approche professionnelle que vous à cet égard. Comment puis-je, en toute conscience, alors que je vois défiler ici médecin après médecin et professionnel après professionnel qui me disent que nous ne sommes pas prêts pour cette raison...? En fait, si je ne me trompe pas, vous avez déclaré par le passé que l'absence de consensus n'était pas une raison pour aller de l'avant. À mon humble avis, c'est la raison pour ne pas aller de l'avant.

Stefanie Green: Ce comité ne parviendra pas à un consensus, et je m'attends à ce qu'il passe à l'action. Je m'attends à ce que la Cour suprême ne parvienne pas à un consensus et qu'elle passe à l'action. Je m'attends à ce que vous puissiez prendre une décision difficile.

James Maloney: Oui, notre métier consiste à prendre des décisions difficiles, mais ces décisions sont irréversibles. Ce que vous nous demandez... Vous nous dites que nous disposons d'un système à toute épreuve, prêt à aller de l'avant pour justifier l'adoption d'une loi autorisant les gens à mettre fin à leurs jours. Après avoir entendu Mme McKinnon, je ne vois vraiment pas comment vous pouvez affirmer cela avec autant de certitude, docteure.

Stefanie Green: Est-ce que c'était une question?

Le vice-président (L'hon. Pierre Dalphond): C'était plus une observation qu'une question.

James Maloney: Merci.

Le vice-président (L'hon. Pierre Dalphond): La parole va à Mme DeBellefeuille pour les prochaines questions.

[Français]

Vous avez la parole pour quatre minutes et quinze secondes.

Claude DeBellefeuille: Merci, monsieur le président.

Je remercie les interprètes, qui font un travail incroyable actuellement.

Monsieur Gubitz, jusqu'au 31 mars dernier, j'étais travailleuse sociale et membre de mon ordre. Je suis une professionnelle qui croit en l'aide médicale à mourir, qui a milité pour ça et qui en fait la défense. Cependant, toute la question de la rendre accessible aux gens dont le seul problème de santé est un trouble mental me pose beaucoup de problèmes. Il ne semble pas y avoir nécessairement de consensus clinique sur la manière de déterminer qu'un trouble mental est irrémédiable. Or la nature irrémédiable d'un état est un peu le critère clinique sur lequel on se base pour déterminer si une personne a droit ou non à l'aide médicale à mourir.

Pourriez-vous nous expliquer comment vous définissez un trouble mental irrémédiable?

• (1905)

[Traduction]

Gordon Gubitz: La définition du terme « irrémédiable » a fait l'objet de discussions au sein de ce comité au cours des trois dernières séances, en présence d'experts en maladies psychiatriques et de juristes.

Concrètement, pour ce qui est de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM, nous avons été chargés, à la demande du Parlement, de mettre au point une formation permettant à la majorité des infirmières praticiennes ou des médecins de s'engager dans une pratique clinique qui leur permette — au fil du temps, après une consultation approfondie avec le patient, ses proches et ses soignants et grâce à d'autres approches collaboratives — de saisir véritablement toute la richesse de l'expérience vécue par une personne.

En ce qui concerne le caractère irrémédiable, il est très difficile de se prononcer en l'espace d'une journée, d'une semaine ou d'un mois. Il est évident qu'il est question de plusieurs années de traitement, avec le recours à toutes les technologies, tous les médicaments et toutes les ressources disponibles, et avec le soutien d'experts d'une maladie ou d'un handicap particulier. Nous savons que tous les cliniciens impliqués dans l'aide médicale à mourir n'auront pas nécessairement l'expérience nécessaire pour prendre en charge chaque patient qui se présente à eux.

[Français]

Claude DeBellefeuille: On sait que le Québec a fait preuve de leadership dans l'avancement de l'aide médicale à mourir. Il a même autorisé les demandes anticipées, qui seront acceptées même si le Code criminel n'a pas été changé. Le Québec va de l'avant, mais il reste quand même craintif pour ce qui est d'élargir l'accès à l'aide médicale à mourir aux gens dont le seul problème de santé est un trouble mental. Il a même fermé la porte dans son dernier rapport, en 2023, en faisant valoir qu'il n'y avait pas de consensus clinique fort et, surtout, que les professionnels n'étaient pas nécessairement prêts à accueillir et à évaluer de telles demandes.

Avez-vous une opinion sur les travaux que le Québec a faits à ce sujet?

[Traduction]

Gordon Gubitz: En tant que représentant de l'association canadienne, je n'ai pas d'avis particulier sur ce qui a été fait au Québec, mais je peux m'exprimer dans une optique plus nationale. Le Québec est bien sûr membre de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM. Nous comptons de nombreux membres du Québec, qui participent à nos travaux.

Je pense que ce dont vous parlez en ce moment, c'est de la préparation clinique; comment donc la déterminer? Il y a le programme canadien d'études sur l'aide médicale à mourir. Une copie de ce programme vous a été remise, ainsi que le document sur l'élaboration du processus. Nous disposons également de documents d'orientation produits par l'ACEPA, qui traitent des points très précis que la Dre Green a mentionnés dans son allocution d'ouverture. Nous disposons d'un forum en ligne pour les évaluateurs, par l'intermédiaire du groupe ACEPA, ainsi que d'un forum en ligne pour les prestataires, ce qui permet aux cliniciens d'échanger en temps réel sur des cas difficiles. Ces forums sont tous protégés par une sorte de mur coupe-feu. Nous organisons régulièrement des conférences sur des scénarios de cas difficiles, auxquelles les membres de l'ACEPA sont invités à participer. Ils viennent, présentent un cas et écoutent des experts de tout le pays s'exprimer à ce sujet.

Comme l'a mentionné la Dre Green, nous organisons un congrès national de l'ACEPA — qui se tiendra jeudi, vendredi et samedi de cette semaine à Montréal —, et bon nombre des sujets abordés autour de cette table feront l'objet de séances plénières, au cours desquelles des débats approfondis auront lieu. Parmi les documents de référence, on trouve notamment le document de l'Association des psychiatres du Canada, qui traite de ces questions, ainsi que la norme de pratique, et nous bénéficions des conseils de professionnels.

L'hon. Pierre Dalphond: Merci, docteur Gubitz.

Le coprésident (Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.)): Nous passons maintenant à la séance de questions des sénateurs et sénatrices.

Je tiens à signaler que, puisque le sénateur Dalphond ne posera pas de question, nous pouvons accorder trois minutes à chacun d'entre eux.

Nous commencerons par la sénatrice Moodie, qui disposera de trois minutes.

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

Docteur Gubitz, vous avez rencontré des personnes qui ont déjà fait des tentatives de suicide. Vous avez rencontré des personnes qui affirment que si leur demande d'aide médicale à mourir n'est pas acceptée, elles mettront fin à leurs jours. Vous avez rencontré des personnes qui ont des pensées suicidaires au moment de la demande. C'est bien ça? Les tendances suicidaires sont-elles un phénomène présent dans la pratique de l'aide médicale à mourir, même si les personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale sont actuellement exclues?

• (1910)

Gordon Gubitz: En tant que cliniciens, nous sommes confrontés à des patients présentant des pensées, des comportements et des idées suicidaires dans tous les aspects de notre pratique clinique. [Difficultés techniques] qui a récemment reçu un diagnostic de sclérose latérale amyotrophique, ou SLA.

L'hon. Rosemary Moodie: J'ai une autre question. Je dois dire que je trouve cette discussion vraiment très intéressante.

D'après mon expérience, lorsqu'il n'y a pas d'expertise disponible dans une ville, une province ou une région donnée de ce pays, il n'y a pas de médecins qui lèvent la main pour offrir ce service. Si l'expertise fait défaut, le service n'est malheureusement pas disponible. Pensez-vous vraiment que des médecins décideront soudainement de pratiquer l'aide médicale à mourir, même sans disposer de l'expertise nécessaire?

Gordon Gubitz: D'après tout ce que nous savons sur la manière dont les évaluations doivent être menées et sur la réglementation en la matière, il n'est pas possible de mener à bien une évaluation complète en vue d'une aide médicale à mourir sans l'avis d'une personne possédant une expertise dans le domaine concerné. Si j'évalue un patient atteint d'une lésion médullaire haute et que je ne dispose d'aucune expertise dans ce domaine, je suis tenu de consulter un collègue ou d'orienter le patient vers une personne possédant cette expertise.

Je pourrais vous donner un exemple, si vous le souhaitez.

L'hon. Rosemary Moodie: Pouvez-vous? Merci.

Gordon Gubitz: J'ai suivi une patiente atteinte de névralgie du trijumeau, une affection faciale extrêmement douloureuse. Cette jeune femme ne supportait aucun des médicaments prescrits. Elle avait déjà dû subir deux interventions chirurgicales. Elle est venue me voir pour demander l'aide médicale à mourir après avoir perdu 40 livres et ne plus être capable de s'alimenter sans souffrir atrocement.

J'ai soumis son cas à des chirurgiens, qui ont procédé à une évaluation à distance. Ils ont organisé une vidéoconférence spécialement consacrée à son cas, afin de déterminer s'il était possible de faire quoi que ce soit d'autre pour elle. Nous l'avons orientée vers des spécialistes de la douleur, qui n'ont toutefois rien pu apporter de plus. Elle a ensuite eu recours à l'aide médicale à mourir alors qu'elle ne pesait plus que 70 livres.

L'hon. Rosemary Moodie: Merci.

Monsieur le président, je suppose que je n'ai plus de temps.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

C'est maintenant au tour de la sénatrice Osler, qui dispose de trois minutes.

L'hon. F. Gigi Osler (sénatrice, Manitoba, GSC): .

Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins d'être présents aujourd'hui.

Docteur Gubitz, on nous a expliqué que cette exclusion se justifiait par le fait que les troubles mentaux et les troubles physiques sont différents. La différence réside dans le fait que les troubles mentaux n'ont pas d'évolution prévisible, contrairement aux troubles physiques. Pourriez-vous donner quelques exemples de troubles neurologiques dont l'évolution n'est pas prévisible?

Deuxièmement, lorsque vous devez déterminer si l'état neurologique d'une personne correspond à un problème de santé grave et irrémédiable, et que le pronostic n'est pas certain, comment établissez-vous si l'état de cette personne répond à ces critères?

Gordon Gubitz: En ce qui concerne les troubles neurologiques spécifiques, on peut penser à certains types de troubles du mouvement, comme la maladie de Parkinson, qui peuvent se manifester de manière variable, sur une période allant de plusieurs années à plusieurs décennies. Dans ce cas, la personne doit vivre avec ces

symptômes et essayer de s'en accommoder du mieux qu'elle peut. Certains troubles neurodégénératifs et certaines formes de démence moins courants peuvent présenter des manifestations de ce type.

En ce qui concerne la deuxième question, pour les personnes dont nous n'avons pas encore établi qu'elles avaient un problème de santé grave et irrémédiable, la réponse, pour ce qui est de la plupart des troubles neurologiques graves, est le temps. Dans le cas de troubles neurologiques graves, l'état s'aggrave avec le temps. L'exemple, une fois encore, est celui d'une maladie du neuromoteur ou SAL, qui se manifeste d'abord par une petite contraction musculaire au niveau du pied chez le patient, ce dernier finissant, deux ans plus tard, en fauteuil roulant, alimenté par sonde.

L'hon. F. Gigi Osler: Je crois que j'ai le temps pour une troisième question.

Nous avons également entendu des témoignages selon lesquels le programme d'études de l'ACEPA n'aurait pas suffisamment pris en compte le capacitisme, qui est ancré dans notre société. Pouvez-vous réagir à cela?

Gordon Gubitz: Le capacitisme est abordé dans plusieurs modules du programme. C'est notamment le cas dans le quatrième module, qui porte sur les capacités et la vulnérabilité. Le programme comporte des parties spécifiques consacrées au capacitisme.

Je terminerai par quelques conseils que nous donnons aux évaluateurs et aux prestataires.

Tout d'abord, ils doivent reconnaître que les personnes en situation de handicap qui sollicitent l'aide médicale à mourir ont subi des traumatismes et que le système de santé, ainsi que la société dans son ensemble, ont pu y contribuer. Il s'agirait là d'une reconnaissance du fait que cette réalité existe pour une personne en situation de handicap.

Il faut ensuite éviter de faire des suppositions sur l'expérience de ces personnes et veiller à avoir avec elles des échanges précis et détaillés, dans la mesure où le patient nous permet de nous impliquer. Cela signifie parfois qu'il faut collaborer avec d'autres travailleurs de la santé, des travailleurs sociaux, des assistants sociaux et des personnes avec qui ces patients ont été en contact.

Le troisième aspect, et peut-être le plus important, consiste à essayer de faire la distinction entre la souffrance causée par la maladie ou le handicap et celle provoquée par l'injustice, la discrimination, la stigmatisation et l'exclusion. Ce n'est pas chose facile. Ces éléments peuvent en effet être étroitement liés.

Il n'y a pas de réponse parfaite à cette question. Je suis d'accord là-dessus, mais nous devons...

• (1915)

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

Sénateur Wells, vous disposez de trois minutes. Je vous en prie.

L'hon. Kristopher Wells (sénateur, Alberta, GPS): Merci.

Mes questions s'adressent au Dr Gubitz.

On a beaucoup parlé de consensus. Pouvez-vous me dire s'il y avait un consensus lorsque la voie 1 a été présentée?

Gordon Gubitz: Avec le recul, je pense que, comme les critères étaient très restrictifs — problème de santé grave et irrémédiable — et qu'il n'était pas encore question de la voie 2 à l'époque, la pratique de l'aide médicale à mourir ayant initialement débuté avec la voie 1 — la Dre Green pourra en témoigner, tout comme la Dre Thorpe, j'en suis sûr —, nous nous contentions en quelque sorte de nous occuper des cas les plus faciles, si vous me permettez l'expression. Il s'agissait de personnes qui étaient en fin de vie et qui souffraient énormément, principalement d'un cancer, d'une insuffisance cardiaque terminale ou d'une défaillance terminale d'un autre organe, et qui répondaient clairement à tous les critères.

L'hon. Kristopher Wells: Je vais maintenant passer au programme d'études.

Pourriez-vous nous parler de la consultation menée pour élaborer le programme d'études et nous faire part de la rétroaction que vous avez reçue de la part des praticiens concernant la manière dont ils mettent en œuvre ces recommandations?

Gordon Gubitz: Un document intitulé « Development of a Canadian Medical Assistance in Dying Curriculum for Healthcare Providers » nous a été communiqué par l'intermédiaire du greffier. On y trouve des renseignements détaillés. Nous qui travaillons dans le domaine de la formation médicale ne sommes pas des experts en pédagogie, et c'est pourquoi nous avons demandé à la faculté de l'enseignement supérieur de l'Université Queen's de nous guider tout au long d'un processus rigoureusement fondé sur des données probantes et respectant les normes pédagogiques les plus élevées.

D'après les réactions obtenues jusqu'à présent, bien au-delà de 95 % des participants l'ont jugé utile et estiment que leur pratique en matière d'AMM serait améliorée grâce au programme, tandis qu'une bonne partie de ceux qui n'ont jamais fourni d'AMM se sont dits ouverts à l'idée de commencer à l'intégrer dans l'exercice de leur profession.

L'hon. Kristopher Wells: Compte tenu des lignes directrices et ressources récentes, pourriez-vous nous parler des lacunes spécifiques que vous cherchiez à combler?

Gordon Gubitz: Excusez-moi, des lacunes par rapport à...

L'hon. Kristopher Wells: À votre connaissance, compte tenu du nouveau critère de la maladie mentale comme seul problème de santé sous-jacent et des nouvelles lignes directrices et ressources, que manquait-il aux fournisseurs de soins que vous avez pu leur apporter?

Gordon Gubitz: La conception du programme a permis aux participants de le suivre depuis le début pour apprendre à effectuer une évaluation, etc., en passant par les modules consacrés à la vulnérabilité et à la capacité, aux cas complexes, etc. jusqu'au module 7. Très peu de gens auraient suivi le septième module isolément, car celui-ci suppose une connaissance approfondie de toutes les notions abordées avant.

Je crois que les gens qui ont suivi le programme du module 7 sont mieux préparés que la moyenne à aborder la question de la santé mentale comme seul problème de santé sous-jacent, et nous encourageons davantage de gens à y participer. À notre avis, c'est un excellent programme.

L'hon. Kristopher Wells: Combien d'heures le programme compte-t-il en tout?

Gordon Gubitz: Le programme complet dure 27 heures.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Passons à la deuxième série de questions avec les députés.

Monsieur Patzer, vous avez deux minutes et 33 secondes.

Jeremy Patzer (Swift Current—Grasslands—Kindersley, PCC): Merci beaucoup.

Madame McKinnon, comme professionnelle de la santé mentale ayant une expérience vécue et experte de renommée internationale en matière de stress traumatique, êtes-vous capable de faire la distinction entre tendance suicidaire et désir de mourir?

Margaret McKinnon: Non. Quand j'étais en proie à des pensées suicidaires liée à l'AMM, je ne faisais pas la distinction entre le désir de mourir, les idées suicidaires et l'intention de me suicider. Mon expérience vécue ne me permet absolument pas de faire cette distinction.

Professionnellement parlant, je sais que, pour aborder des questions comme la « non-responsabilité pénale », on dispose d'échelles d'évaluation fiables et valables, et je ne crois pas qu'on devrait appliquer à cette décision une norme de preuve moins rigoureuse.

Jeremy Patzer: Vous avez dit être convaincue que, si l'AMM pour la santé mentale avait été disponible pendant la période où vous étiez gravement malade, vous ne seriez peut-être pas ici aujourd'hui. D'après vous, qu'est-ce que cela révèle du danger de considérer comme irrémédiable le désir de mourir d'une personne atteinte d'une maladie mentale?

• (1920)

Margaret McKinnon: Il est très difficile de conclure que quel qu'un ne peut avoir aucun espoir de guérison. L'une des caractéristiques des troubles de santé mentale, et j'en sais quelque chose puisque je l'ai vécu, est la conviction que cela ne finira jamais. Et c'est bien ce que j'ai ressenti pendant une période de dépression prolongée. Cela fait partie intégrante de la maladie, mais je pense qu'il est vraiment difficile de déterminer qu'il n'y a aucun espoir. Je n'envie pas les professionnels de la santé qui doivent prendre cette décision. Si cette mesure vient à être adoptée, je crois que ce sera très difficile pour eux.

Jeremy Patzer: Merci beaucoup.

Enfin, vous avez dit que, malgré de bons soins de santé mentale, des ressources financières, un soutien social et un savoir professionnel, vous vous êtes quand même sentie en danger. Si une personne disposant de ces soutiens peut se sentir en danger dans le cadre de notre système actuel, qu'en est-il des Canadiens qui sont pauvres, isolés, qui vivent dans des communautés rurales et éloignées, ou qui sont handicapés ou privés de l'accès à des soins spécialisés ou aux traitements de première, deuxième et troisième ligne dont vous avez parlé?

Margaret McKinnon: Cela m'inquiète énormément, parce que, dans les lignes directrices internationales et nationales, on trouve des recommandations concernant les traitements de première, deuxième et troisième ligne. Il s'agit là de traitements pharmacologiques aussi bien que non pharmacologiques. Comme on le sait, beaucoup de Canadiens ont du mal à accéder aux traitements de première ligne pour obtenir des soins qui sont moins étayés par des données probantes, mais qui se sont révélés efficaces pour certaines personnes. Cela n'arrive tout simplement pas dans notre pays. Je suis sûre qu'il existe des statistiques qui le confirmeraient.

[Français]

Claude DeBellefeuille: Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

La témoin ne parle pas assez fort, donc l'interprète est incapable de faire son travail.

[Traduction]

Le vice-président (L'hon. Pierre Dalphond): Veuillez vous rapprocher du micro, s'il vous plaît. Nous n'avons pas entendu la fin de votre réponse.

Margaret McKinnon: Voulez-vous que je me répète?

L'hon. Pierre Dalphond: Oui, pourriez-vous répéter la dernière partie, s'il vous plaît?

Margaret McKinnon: Certainement.

Les recommandations nationales et internationales relatives au traitement des troubles de la santé mentale préconisent souvent, voire systématiquement, des traitements de première, deuxième et troisième ligne. Il s'agit à la fois de traitements pharmacologiques et de traitements psychologiques.

Comme on le sait, la majorité des Canadiens peuvent avoir du mal à accéder à un traitement de première ligne pour un trouble de santé mentale, sans parler des traitements de deuxième et troisième ligne. Compte tenu de ces inégalités au Canada, je suis très troublée que certaines personnes obtiennent l'AMM pour des raisons de santé mentale après avoir eu accès à ces trois lignes de traitement, notamment si elles ont des moyens financiers. Quant à celles qui ne les ont pas... On peut penser, par exemple, aux personnes vivant au Pangnirtung, le Nunavut, où les ressources en matière de santé mentale et de bien-être sont pratiquement inexistantes.

Le vice-président (L'hon. Pierre Dalphond): Merci beaucoup.

[Français]

Madame Koutrakis, vous avez la parole.

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

[Traduction]

Mes questions s'adressent à la Dre Green et au Dr Gubitz.

Estimez-vous que les systèmes de surveillance et d'assurance de la qualité de l'AMM sont suffisants et uniformes dans l'ensemble du Canada?

Gordon Gubitz: Les systèmes de surveillance en vigueur à travers le Canada sont réglementés à l'échelle provinciale et territoriale et ils varient d'une province à l'autre et d'une administration à l'autre. De nombreux groupes effectuent des examens rétrospectifs et audits des dossiers, comme c'est le cas dans le système de l'Ontario. Dans ma région, en Nouvelle-Écosse, certains systèmes prévoient à la fois des examens prospectifs et des examens rétrospectifs des dossiers, selon des critères quelque peu arbitraires.

Il est difficile de parler de l'expérience canadienne dans sa totalité. Chaque province ou territoire a le devoir de veiller à ce que les normes réglementaires soient respectées autant que possible. C'est très important.

Annie Koutrakis: Avez-vous quelque chose à ajouter, docteur Green ou docteur Thorpe?

Stefanie Green: Oui.

Il y a évidemment les exigences législatives fédérales en matière de surveillance dont on vient de parler, et il y a les mécanismes de surveillance territoriaux. Mais il existe également des normes professionnelles que les médecins doivent respecter et qui sont appliquées dans toutes les régions du pays, sans compter les directives locales ou régionales propres à certains établissements. Il existe donc plusieurs niveaux de surveillance, et les données de Santé Canada nous confirment qu'au moins 90 % de tous les cas au pays font l'objet d'un examen individuel.

Annie Koutrakis: Docteur Thorpe, souhaitez-vous faire un commentaire à ce sujet?

Lilian Thorpe: Je suis désolée, mais je n'ai rien à ajouter.

Cela varie effectivement d'une région à l'autre.

Annie Koutrakis: Si un consensus n'est pas nécessaire en médecine — et on nous l'a dit à plusieurs reprises —, quel degré de désaccord clinique justifierait-il, selon vous, le report d'application? Il semble que ce soit variable d'une province et d'un territoire à l'autre. À quoi faut-il prêter attention pour s'assurer que ce niveau de désaccord clinique justifie effectivement de reporter l'application?

Docteur Thorpe, s'il vous plaît.

• (1925)

Lilian Thorpe: C'est une question difficile. Je n'ai pas vraiment de réponse.

Demandons au Dr Gubitz ou à la Dre Green.

Gordon Gubitz: La médecine clinique donne toujours lieu à des désaccords ou à des divergences d'opinions, selon la manière dont les données sont recueillies, la façon dont le patient est examiné et les informations qu'il fournit. L'une des raisons pour lesquelles nous procédons à deux évaluations pour chaque patient est de nous assurer que nous parvenons à un consensus sur le cas particulier en question.

Le vice-président (L'hon. Pierre Dalphond): Merci.

[Français]

Madame DeBellefeuille, vous avez la parole.

Claude DeBellefeuille: Merci.

Monsieur Gubitz, selon votre pratique et le développement de la pratique, est-ce que vous considérez que quelqu'un qui est atteint d'une dépression et qui a des pensées suicidaires serait admissible à l'aide médicale à mourir?

[Traduction]

Gordon Gubitz: En bref, non. Si la personne présente des tendances suicidaires patentes, toute évaluation en vue d'un recours à l'AMM est exclue.

Il faut s'assurer que la personne a été orientée vers les services de santé mentale qui conviennent. Il arrive qu'une personne ne remplissant pas les conditions requises nous dise: « Eh bien, dans ce cas, je vais me suicider. » Dans ce cas, je téléphone à la police pour qu'on vérifie l'état de la personne et qu'on veille à ce qu'elle reçoive les soins dont elle a besoin, et je communique avec les fournisseurs de soins de santé qui me l'ont envoyée.

[Français]

Claude DeBellefeuille: Est-ce que quelqu'un qui fait une dépression, qui fait une tentative de suicide, qui se retrouve à l'hôpital et qui demande l'aide médicale à mourir y serait admissible?

[Traduction]

Gordon Gubitz: Je crois que le contexte clinique devrait permettre une certaine stabilité dans le temps afin de veiller à ce que les patients sortent de la crise qui a conduit à ces idées suicidaires. Le document de l'Association des psychiatres du Canada sur l'évaluation du risque de suicide chez les patients pourrait servir de norme raisonnable applicable à l'ensemble du pays. Ce document est très bien structuré.

[Français]

Claude DeBellefeuille: On peut donc penser que quelqu'un qui aurait des idées suicidaires n'obtiendrait pas facilement l'aide médicale à mourir, parce qu'il faudrait prouver, cliniquement, que tous les moyens de le soutenir et de faire passer son état de crise ont été tentés.

[Traduction]

Gordon Gubitz: Je suis d'accord, et cela dépend toujours de la situation propre à chaque patient. Nous avons rencontré des personnes qui ont...

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

Gordon Gubitz: Je suis vraiment désolé.

Le coprésident (Marcus Powlowski): C'est au tour de la sénatrice Moodie pour une minute et 42 secondes.

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

Je voudrais poser une question à la Dre Green et au Dr Gubitz.

Je n'aimerais vraiment pas que les gens qui suivent le débat de ce soir en retirent l'impression que les médecins canadiens sont imprudents et hors de contrôle, qu'ils pratiquent des interventions et exercent une médecine pour lesquelles ils n'ont pas reçu de formation — en somme, qu'ils manquent d'éthique.

La première partie de ma question est la suivante: selon vous, des praticiens qui ne sont pas correctement formés et qui ne respectent pas les normes professionnelles interviendront-ils dans des cas complexes d'AMM?

La deuxième partie est celle-ci: les médecins n'ont-ils pas l'obligation professionnelle de n'exercer que dans le cadre de leur champ d'activité, c'est-à-dire dans les limites de leurs compétences professionnelles?

Gordon Gubitz: Merci de votre question.

L'hon. Rosemary Moodie: Excusez-moi de vous interrompre, mais n'y a-t-il pas une procédure permettant aux gens de porter plainte si un médecin a effectivement outrepassé son champ de compétence?

Le coprésident (Marcus Powlowski): Docteur Gubitz, vous avez 30 secondes.

Gordon Gubitz: Les médecins sont tenus d'exercer leur profession dans les limites de leur champ d'activité et conformément aux normes établies par leur ordre professionnel provincial ou territorial. L'aide médicale à mourir ne fait pas exception à la règle.

Il y a des gens peu scrupuleux dans tous les domaines de la médecine, et ils agissent comme bon leur semble. Nous ne les encourageons pas à participer à nos activités.

Stefanie Green: Puis-je ajouter quelque chose?

Le coprésident (Marcus Powlowski): Non. Je suis désolé, nous n'avons plus le temps.

Passons à la sénatrice suivante.

Sénatrice Osler, vous avez une minute et 46 secondes.

• (1930)

L'hon. F. Gigi Osler: Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse à la Dre Green.

Pour revenir sur un point que vous avez évoqué dans votre introduction, est-ce qu'il existe des données empiriques validées par des pairs qui montrent que la vulnérabilité socioéconomique et la marginalisation sont des facteurs déterminants dans les demandes d'AMM?

Stefanie Green: Il existe effectivement des données très fiables sur cette question précise, mais elles ont été grossièrement déformées et diffusées. Le Dr James Downar a publié plusieurs articles dans lesquels il analyse ces données et affirme clairement que les personnes qui bénéficient de l'AMM dans ce pays sont issues de milieux socioéconomiques favorisés. Il est très clair qu'elles sont plus souvent de race blanche, qu'elles ont plus souvent un niveau d'éducation élevé, qu'elles jouissent d'une plus grande stabilité socioéconomique et financière, et qu'elles vivent moins souvent seules.

On a confirmé un certain nombre de paramètres dans plusieurs articles. Je pense que c'est très clair.

L'hon. F. Gigi Osler: Je vais vous poser une question que j'ai déjà posée au premier groupe de témoins au sujet de la critique selon laquelle le programme de l'ACEPA n'aurait pas suffisamment tenu compte du capacitisme dans notre société. Qu'en pensez-vous?

Stefanie Green: On s'est posé la question. Je crois que c'est le groupe de travail n° 4, comme l'a souligné le Dr Gubitz, qui a le plus travaillé sur ce sujet. Nous avons consacré 18 mois à deux ans à cette tâche. Nous avons bénéficié de la contribution d'un témoin qui a comparu devant ce comité: ses propos, très précieux, ont été pris en compte. Nous en sommes d'autant mieux armés.

Je crois que nous avons réglé la question. À mon avis, ce plan vous montrera à quel point la vulnérabilité et le capacitisme ont été abordés et traités dans le programme. Je crois que le Dr Gubitz a répondu au reste de cette question.

L'hon. F. Gigi Osler: Pour terminer, pourriez-vous nous dire combien d'heures...

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): En fait, votre temps de parole est écoulé.

Merci aux témoins.

Je vais suspendre la séance pour passer à notre deuxième groupe de témoins.

• (1930)

(Pause)

• (1935)

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Nous reprenons avec notre deuxième groupe de témoins.

Nous entendrons Eliana Close, en provenance d'Australie, qui s'exprimera à titre personnel. Nous avons également la Dre Allison Crawford, représentant la Ligne d'aide 9-8-8 en cas de crise de suicide. Enfin, de l'Ordre des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse, nous accueillons le Dr Douglas Grant.

Vous avez la parole, madame Close.

Eliana Close (chercheuse principale, End of Life Research Program, Australian Centre for Health Law Research, Queensland University of Technology, à titre personnel): Mesdames et messieurs, je vous remercie de m'avoir invitée à comparaître devant vous aujourd'hui.

Je suis chercheuse au Centre australien de recherche sur le droit de la santé de l'Université de technologie du Queensland, à Brisbane, mais je suis originaire de Calgary. J'ai obtenu mon diplôme de premier cycle à l'Université de Calgary et mon diplôme de droit à Oxford comme boursière Rhodes. J'ai fait mon stage à la Cour d'appel de l'Alberta et j'ai été procureure de la Couronne dans cette province, puis j'ai immigré en Australie et me suis lancée dans une carrière universitaire.

Je suis titulaire d'un doctorat et je fais de la recherche depuis 14 ans sur le droit, les politiques et les pratiques en matière de fin de vie, et notamment sur l'aide à mourir. Depuis cinq ans, je dirige une étude de cas canadienne sur l'AMM dans le cadre d'un vaste projet du Conseil de recherches de l'Australie consacré à ce que serait une réglementation optimale de l'aide à mourir. Cette étude comprend une analyse juridique et politique ainsi que des entretiens qualitatifs avec des personnes engagées dans la prestation et la réglementation de l'AMM. J'ai publié de nombreux articles dans ce domaine et je m'exprime aujourd'hui à titre personnel comme chercheuse.

Je voudrais exposer au Comité trois constatations étroitement liées qui découlent de mes recherches.

Tout d'abord, la réglementation de l'AMM va bien au-delà de la simple législation, et cela revêt une importance capitale pour évaluer l'état de préparation. Dans le débat public, on fait régulièrement l'erreur de considérer le Code criminel comme seul outil de réglementation de l'AMM. La réglementation vise à structurer et à orienter les comportements et englobe bien plus que de simples règles juridiques. Les lignes directrices, la formation, les pratiques institutionnelles et les communautés de pratique font toutes partie de la réglementation. Une réglementation optimale consiste à la fois à détecter les transgressions et à promouvoir les meilleures pratiques et une amélioration continue de la qualité. On ne peut pas et on ne doit pas tout inscrire dans la loi. L'état de préparation à l'AMM pour les troubles mentaux comme seul problème de santé sous-jacent doit donc être examiné de manière holistique en tenant compte de l'ensemble de l'écosystème réglementaire.

Deuxièmement, la surveillance et le contrôle de l'AMM au Canada sont rigoureux, et le système présente déjà des atouts considérables. J'ai publié plusieurs articles sur la surveillance et le contrôle, et il convient ici de bien distinguer ces termes, parce qu'on les confond souvent. La surveillance porte sur les données globales: il s'agit de retracer les demandeurs et les conditions d'application de l'AMM. Le contrôle, quant à lui, consiste à examiner chaque cas individuellement pour vérifier que la loi et les normes applicables sont respectées. Les deux sont importants.

En matière de surveillance, le système fédéral canadien est rigoureux. Les évaluateurs préliminaires et les évaluateurs et fournis-

seurs d'AMM, ainsi que les pharmaciens, rendent tous compte à Santé Canada. L'AMM est l'une des pratiques médicales faisant l'objet des rapports les plus complets au pays. Toutes les demandes sont signalées, et chaque cas fait l'objet d'un rapport rédigé par plusieurs praticiens. Les rapports annuels de Santé Canada sur l'AMM comptent parmi les plus détaillés au monde.

En matière de contrôle, plus de 90 % des cas d'AMM font l'objet d'une forme de contrôle rétrospectif, et cela s'explique par le fait que les provinces les plus peuplées disposent d'organismes qui en sont chargés. La Commission sur les soins de fin de vie du Québec examine chaque cas d'AMM et publie des rapports. Le coroner en chef de l'Ontario dispose d'une équipe d'examen de l'AMM, la MRT, qui est distincte du comité d'examen des décès liés à l'AMM, lequel a un rôle différent. La MRT est une équipe d'infirmières légistes qui évalue chaque cas et produit des rapports annuels. La Colombie-Britannique et l'Alberta évaluent également chaque cas. Il s'agit là de solides mécanismes d'imputabilité et de contrôle.

Troisièmement, la réglementation sur le terrain constitue un élément essentiel et sous-estimé de la réglementation relative à l'AMM. Certaines des réglementations les plus efficaces en médecine s'appliquent sur le terrain clinique — en d'autres termes, en première ligne de la prestation des soins de santé. La réglementation sur le terrain élargit la réglementation formelle à la pratique quotidienne et comprend des recommandations de pratique clinique, des consultations entre pairs et des pratiques exemplaires établies par les équipes chargées de l'AMM au sein des établissements et par les autorités sanitaires. Par exemple, la Nouvelle-Écosse dispose d'une seule et même équipe qui, à l'échelle de la province, a connaissance de chaque cas d'AMM et qui fournit un soutien prospectif ainsi qu'un examen rétrospectif de la qualité.

En résumé, le système canadien d'aide médicale à mourir est doté de réels atouts réglementaires, d'un contrôle rigoureux, d'un suivi exhaustif et d'un écosystème à plusieurs niveaux. Les difficultés associées à l'AMM pour troubles mentaux comme seul problème de santé sous-jacent sont bien réelles et nécessitent des réponses réglementaires ciblées. Le Code criminel en définit le cadre, mais ce sont des mécanismes comme les directives cliniques et la réglementation sur le terrain qui sont les mieux à même d'y veiller.

Je me ferai un plaisir de répondre aux questions du Comité.

● (1940)

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Merci beaucoup, madame Close.

Docteur Crawford, vous avez quatre minutes et demie pour faire votre exposé.

Allison Crawford (médecin hygiéniste en chef, 9-8-8: Ligne d'aide en cas de crise de suicide): Bonsoir, mesdames et messieurs. Je m'appelle Allison Crawford. Je suis psychiatre et directrice médicale de la Ligne d'aide 9-8-8 en cas de crise de suicide. Je suis professeure à l'Université de Toronto et également requérante principale d'une étude financée par les IRSC portant sur l'AMM et le suicide dans le contexte des lignes d'aide en cas de crise.

J'irai droit au but. Je ne pense pas que le Canada doive élargir l'AMM aux personnes dont le problème de santé sous-jacent est un trouble mental. Mon opinion repose sur quatre arguments principaux: ce que nous observons au 9-8-8, l'absence de preuves fiables permettant de faire la distinction entre les demandes d'AMM liées à un trouble mental et les tendances suicidaires, les lacunes des récentes recommandations cliniques, et, enfin, les risques du côté de la santé publique et des médias.

Premièrement, d'après les appels au 9-8-8, jusqu'à 7 % des interactions avec ce service concernent l'AMM. Et surtout, parmi les personnes qui parlent d'AMM, 74 % ont eu des pensées suicidaires au cours des deux jours précédents, contre 48 % parmi les autres interlocuteurs. En résumé, les interactions avec notre ligne d'aide qui font référence à l'AMM sont associées à des idées suicidaires nettement plus fréquentes. Ce n'est pas une préoccupation théorique, c'est un risque réel, mesurable et accru chez les personnes qui parlent de l'AMM au service canadien de prévention du suicide.

Deuxièmement, on sait que les pensées et les comportements suicidaires sont très courants dans l'ensemble des diagnostics psychiatriques et qu'ils peuvent être traités. Notre examen systématique des ouvrages évalués par des pairs n'a révélé aucune preuve crédible permettant de faire une distinction fiable entre une intention suicidaire et le désir d'AMM quand le seul problème de santé sous-jacent est un trouble mental. Le suicide et l'AMM renvoient tous deux à une intention de mourir. Les deux découlent souvent des mêmes facteurs sous-jacents: troubles psychiatriques, souffrance intolérable, désespoir, sentiment d'être un fardeau et, souvent, adversité sociale. Nous n'avons pas non plus trouvé d'outil ou d'instrument d'évaluation validé qui permette de faire une distinction fiable entre une tendance suicidaire et le désir raisonné de mourir au moyen de l'AMM.

Troisièmement, les récentes recommandations de l'Association des psychiatres du Canada ne comblent pas ces lacunes cliniques ou opérationnelles. Elles sont surtout d'ordre indicatif. Elles invitent les évaluateurs à distinguer le risque suicidaire aigu du désir de mourir mûrement réfléchi, mais elles ne proposent aucun cadre opérationnel, aucun critère clair ni ne proposent d'outils structurés. Elles ne prévoient pas non plus d'évaluation normalisée de l'équité pour déterminer les cas dans lesquels les déterminants sociaux et des besoins susceptibles d'être comblés sont à l'origine de la souffrance. Dans la pratique, cela prive les cliniciens des mesures fondées sur des données probantes dont ils auraient besoin pour évaluer le risque en toute confiance ou pour intégrer la prévention du suicide dans les parcours de l'AMM.

Quatrièmement, la manière dont l'AMM et le suicide sont abordés dans le débat public et dans les médias comporte des risques pour la santé publique. Nos récentes recherches, actuellement soumises à un examen par les pairs, soulignent que les médias confondent souvent l'AMM et le suicide ou ne respectent pas les directives médiatiques établies et responsables quand ils abordent la question du suicide. Nous manquons de lignes directrices sur la manière de parler de l'AMM en toute sécurité et sur la prévention des effets de contagion, qui devraient constituer une préoccupation majeure quand on envisage d'élargir l'AMM aux troubles mentaux. À mesure que cette pratique gagne en visibilité, l'absence de messages publics responsables accroît le risque que les gens perçoivent l'AMM comme un moyen d'alléger leurs souffrances mentales. Cela compromettra les efforts de prévention du suicide.

De plus, il faut également [*inaudible*] tous les services, dans tout le Canada souffrent d'un manque de ressources, et cela se traduit par de longs délais d'attente et un accès inégal. Ces circonstances peuvent engendrer ou aggraver des souffrances susceptibles de conduire à des demandes d'AMM et à des pensées et des comportements suicidaires.

Ma recommandation est claire. Il ne faut pas élargir l'AMM aux cas où le seul problème de santé sous-jacent est un trouble mental. Cette recommandation va dans le sens de la position de l'Association internationale pour la prévention du suicide, selon laquelle le chevauchement entre les demandes d'AMM et le suicide rend impossible toute distinction entre les deux. L'AMM pour cause de maladie mentale compromettra la prévention du suicide en présentant cette aide comme une alternative viable au traitement.

Le suicide peut être évité. La grande majorité des personnes qui envisagent de se suicider ou qui font une tentative de suicide ne finissent pas par mourir de leurs propres mains. La prévention du suicide est une priorité de santé publique au Canada, ce qui explique en partie pourquoi la mise en place du 9-8-8 a reçu un appui unanime à la Chambre des communes. Compte tenu du chevauchement important entre les pensées et comportements suicidaires et l'AMM, nous servirons mieux ceux qui souffrent en renforçant les efforts de prévention du suicide et en recentrant notre attention sur l'aide médicale à vivre. C'est ce que méritent les Canadiens.

Merci.

• (1945)

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Merci beaucoup, docteur Crawford.

Nous allons maintenant donner la parole au Dr Grant, qui représente également la Fédération des ordres des médecins du Canada.

Douglas Grant (registraire et directeur général, College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia): Merci.

Je suis le registraire de l'Ordre des médecins de la Nouvelle-Écosse. J'occupe ce poste depuis 2011. Auparavant, j'ai exercé le droit et la médecine familiale pendant de nombreuses années. C'est un privilège pour moi de vous présenter ces observations.

Le Comité a versé au dossier une lettre de la Fédération des ordres des médecins du Canada. J'en suis l'un des signataires. Pour en résumer l'essentiel, quelle que soit la décision législative concernant l'aide médicale à mourir, les ordres de médecins seront prêts.

Je tiens à souligner — et je m'exprime ici au nom de mon ordre professionnel — que notre ordre en Nouvelle-Écosse sera prêt, car il est de notre devoir légal de l'être.

Comme organisme de réglementation médicale, notre ordre doit s'adapter à l'évolution de la médecine. Autrement dit, les organismes de réglementation ne doivent pas freiner les progrès de la médecine. Nous ne l'avons pas fait pour l'AMM, et nous ne le ferons pas si cette pratique venait à évoluer. L'histoire récente en est la preuve.

Quand le monde a basculé avec la pandémie, ce sont les organismes de réglementation qui ont permis la transformation du secteur médical. Je pense aux heures consacrées à l'obligation vaccinale, aux mesures de santé publique, à la médecine virtuelle et à la prescription à distance. Les organismes de réglementation ont été en première ligne de toutes les mesures qui s'imposaient alors pour assurer le bon fonctionnement du système de santé.

S'agissant de l'AMM, un délai supplémentaire ne nous sera d'aucune utilité. Un délai supplémentaire ne permettra pas, en soi, de faire avancer de manière significative la réglementation de l'AMM en Nouvelle-Écosse. Si la loi vient à changer, nous procéderons aux modifications réglementaires nécessaires, c'est-à-dire que nous réviserons les normes professionnelles, informerons la population et dialoguerons avec nos collègues. Nous répondrons aux questions de la population. Nous ferons enquête sur les plaintes pour veiller à ce que les médecins rendent des comptes. Nous ferons tout ce qui est nécessaire.

À première vue, la mise en œuvre de l'AMM en Nouvelle-Écosse s'est déroulée sans heurts, à l'instar de ce qui s'est passé dans l'ensemble du pays. À chaque étape, nous avons apporté les modifications nécessaires aux normes et communiqué avec les professionnels concernés. Nous avons suivi le rythme de la loi. Nous avons suivi le rythme de la pratique.

Depuis son introduction, depuis que l'AMM fait partie intégrante de la pratique médicale en Nouvelle-Écosse, notre ordre professionnel a examiné environ 4 000 plaintes. Trois d'entre elles concernaient l'AMM, et, dans les trois cas, il s'agissait de situations où des proches n'avaient pas pu obtenir une évaluation auprès d'un médecin ayant invoqué l'objection de conscience. Ces plaintes ont été réglées par le biais de conseils et de mesures de sensibilisation, et non par des mesures disciplinaires.

La plupart des mesures réglementaires se prennent en coulisses. Je suis sensible au commentaire de Mme Close au sujet de la réglementation sur le terrain. Pour moi et pour l'AMM, il y a eu de nombreuses réunions pour fournir des conseils, pour engager le dialogue avec des groupes de défense d'intérêts et des groupes confessionnels ayant des objections de conscience, et pour discuter avec des établissements cherchant à imposer des politiques contraaires à la loi. Certaines de ces réunions ont été difficiles, mais, dans l'ensemble, le fardeau réglementaire lié à l'AMM a été moins lourd que ce que la Chambre pourrait imaginer.

À l'époque où je me suis adressé à ce comité — je crois avoir témoigné à deux ou trois reprises devant ce comité ou ses prédécesseurs —, les questions relatives à l'état de préparation du cadre réglementaire ont été soulevées à chaque étape importante, à chaque tournant décisif du programme d'AMM. Elles ont été soulevées à la suite de l'arrêt Carter. Elles ont été soulevées au cours des débats sur les projets de loi C-14 et C-7. Elles ont été soulevées au cours de l'examen de l'amendement d'Audrey.

D'après mon expérience, chaque fois qu'on m'a posé des questions sur l'état de préparation réglementaire, celles-ci venaient de personnes connues pour s'opposer à l'AMM pour d'autres raisons. J'invite instamment le Comité à examiner la question de l'état de préparation en soi et non comme substitut à d'autres raisons.

Je distingue quatre domaines de préparation. Le premier est d'ordre juridique, et l'arrêt Carter en constitue le fondement.

Le deuxième aspect est d'ordre politique. Soit dit en passant, je tiens à remercier les personnes qui occupent ces sièges et qui travaillent sur les questions de préparation politique et juridique.

Le troisième point concerne l'état de préparation réglementaire. Je suis très sensible à l'analyse de Mme Close concernant la matrice, les filtres et les différents niveaux de réglementation, mais, du strict point de vue des ordres de médecins, je dirais que cela ne devrait pas être un facteur déterminant dans vos délibérations.

• (1950)

Enfin, quatrième, il faut être prêt sur le plan clinique. Vous entendez clairement des témoignages importants à ce sujet. L'approche clinique de la Nouvelle-Écosse est extraordinairement robuste et elle m'inspire une énorme confiance, mais la décision vous appartient.

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Merci, docteur Grant.

Nous sommes prêts à passer aux questions. Mme Jansen posera les premières.

Vous avez quatre minutes et 15 secondes.

Tamara Jansen (Cloverdale—Langley City, PCC): Docteure Crawford, vous avez dit que, parmi ceux qui appellent les services d'écoute téléphonique, la proportion de ceux qui évoquent la possibilité de recourir à l'AMM peut atteindre 7 %. La majorité d'entre eux avaient eu des pensées suicidaires dans les deux jours précédents. Si je comprends bien, lorsque l'aide médicale à mourir est évoquée dans les appels au 9-8-8, il s'agit de personnes qui sont beaucoup plus susceptibles d'être au stade suicidaire aigu que ceux qui n'en parlent pas. Est-ce une bonne interprétation de vos données?

Allison Crawford: Oui. Nous sommes encore en train d'analyser la situation. Vous n'ignorez pas que le 9-8-8 est un service relativement nouveau, mais nous avons reçu près de 900 000 appels et messages textes. Sept pour cent, cela correspond à près de 70 000 interactions.

Nous constatons que ceux qui évoquent l'AMM ont un degré de suicidabilité beaucoup plus élevé que ceux qui, dans leurs appels ou leurs messages, n'en parlent pas. Ce qu'il faut retenir, c'est une grande insistance sur la distinction entre suicidabilité et volonté de mourir avec une aide médicale. Il y a un important chevauchement entre ceux qui se situent d'un côté ou de l'autre. Ils souffrent, c'est évident, mais d'une souffrance qui leur est en partie commune.

Tamara Jansen: Docteure Crawford, le discours des médias sur l'aide médicale à mourir trahit une totale inconscience du risque de contagion du suicide. Nous entendons et voyons des représentations de l'AMM dans un cadre serein et onirique, avec l'idée que ce genre de mort est héroïque et plein d'abnégation, ce qui, bien sûr, va tout à fait à l'encontre des messages de prévention du suicide.

Normalement, nous n'amplifions ni ne glorifions les actions d'un tireur, par exemple, pour éviter que d'autres ne l'imitent. Dans quelle mesure le risque de contagion du suicide est-il réel, étant donné les reportages et les messages des médias, et quelles mesures de protection immédiates faudrait-il mettre en place pour prévenir ce genre d'effet?

Allison Crawford: Au Canada et à l'échelle internationale, nous avons fait de grands progrès vers des pratiques médiatiques responsables lorsqu'il est question de suicide. Or, en étudiant des articles qui traitent à la fois d'AMM et de suicide, nous avons constaté que les pratiques sécuritaires et responsables à respecter dans les reportages n'étaient pas suivies. La mort est glorifiée. Les propos stigmatisants sont nombreux dans la grande majorité des articles.

Nous savons que cela a des effets très réels. Chose certaine, ceux qui s'occupent de prévention du suicide estiment qu'il y a un effet démontrable, l'effet Werther, qui entraîne de nombreux décès. Cela s'applique à l'aide médicale à mourir. Nous l'avons déjà vu aux Pays-Bas. Lorsqu'il y a des cas médiatisés qui retiennent beaucoup l'attention, nous constatons une augmentation du nombre de demandes d'AMM. C'est un effet très réel, et le risque de contagion est très inquiétant.

Tamara Jansen: Lorsque la publicité de Simons est sortie, qui a certainement glorifié l'aide médicale à mourir, avez-vous remarqué un impact dans les appels au 9-8-8?

Allison Crawford: Nous n'avons pas examiné cette campagne de publicité en particulier, mais nous avons étudié différentes étapes sur le plan législatif et nous pouvons constater nettement un certain impact.

Désolée. Je veux parler des reportages dans les médias et non des appels au 9-8-8. Nous n'avons pas étudié l'impact sur le nombre d'appels au 9-8-8.

Tamara Jansen: Quelles lacunes précises en matière de données votre recension de la littérature a-t-elle révélées au sujet de la distinction entre demandes d'aide médicale à mourir et intention suicidaire? Que faudrait-il faire pour combler ces lacunes?

Allison Crawford: Nous venons tout juste de terminer une étude systématique de la littérature et nous avons constaté beaucoup de chevauchements et d'incohérences dans la façon dont les recherches — des publications évaluées par des pairs — traitaient du suicide et le définissaient par rapport à l'aide médicale à mourir.

Dans bon nombre de débats, les deux éléments sont traités comme très distincts, mais dans la littérature scientifique, cette distinction n'est pas claire. Nous n'avons pas trouvé non plus d'outils normalisés permettant de faire une distinction fiable entre le suicide et l'intérêt pour le recours à l'AMM.

Je ne suis pas sûre que nous puissions en arriver à faire la distinction entre les deux. Ce sont des idées qui se chevauchent. Il s'agit dans les deux cas d'une intention de mourir, ou d'un intérêt à cet égard. Dans les deux cas, il y a des signes de désespoir, des pensées de désespoir.

• (1955)

Tamara Jansen: Sur quels points les lignes directrices de l'Association des psychiatres du Canada sont-elles insuffisantes dans la pratique?

Allison Crawford: Le plus préoccupant, c'est que les lignes directrices prétendent qu'une lacune est comblée alors qu'elle ne l'est pas. Elles essaient de dire que nous sommes plus près d'établir des distinctions au sujet de l'irrémediabilité et du suicide.

Le vice-président (L'hon. Pierre Dalphond): Merci beaucoup.

M. Powlowski posera les prochaines questions.

Marcus Powlowski: Je dois dire, monsieur le vice-président, que comme néophyte à la présidence, vous vous débrouillez fort bien. Je signale à ceux qui ne le sauraient pas que vous avez été juge à la Cour d'appel du Québec avant de siéger ici. Vous allez maintenant abattre votre marteau.

La question est de savoir si nous devrions étendre l'AMM à ceux qui la demandent pour cause de maladie mentale. Mme Close a parlé de la surveillance totale qui s'exerce au Canada. La Dre Green a

parlé d'une surveillance professionnelle rigoureuse. Le Dr Grant a parlé de l'état de préparation. Une surveillance professionnelle s'exercerait.

J'ai du mal à croire ces affirmations, compte tenu de la surveillance actuellement exercée sur l'AMM et de l'absence de cas soumis aux collèges des médecins et chirurgiens du Canada. Par exemple, Mme Close a parlé de l'équipe d'examen de l'AMM du coroner. Selon cette équipe, 14 cas ont été soumis par le bureau du coroner de l'Ontario à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, l'OMCO. À ma connaissance, il n'y a eu aucune mesure disciplinaire.

Je suis membre de l'OMCO depuis 40 ans. Je le connais. S'il recevait une plainte au sujet de ma pratique, il y aurait certainement un examen. Elle serait communiquée à tous les membres de l'Ordre. Cela ne semble pas être le cas avec l'aide médicale à mourir.

De même, une demande d'accès à l'information présentée en 2023 en Colombie-Britannique a révélé qu'il y avait deux douzaines de cas renvoyés à la police, à l'ordre des médecins et chirurgiens ou à l'ordre des infirmières concernant des praticiens de l'AMM. Là non plus, il ne semble pas y avoir eu de cas. Pourtant, il y en a eu de flagrants. Prenons par exemple celui de la Dre Wiebe, qui est actuellement devant les tribunaux. Un patient a été hospitalisé pour idées suicidaires. Pendant un congé, il a vu un praticien de l'AMM et a reçu l'aide à mourir.

Le Dr Maher, médecin d'une équipe de traitement communautaire actif dans le sud de l'Ontario, a parlé d'un de ses patients qui souffrait de schizophrénie chronique. J'ajoute que ce médecin a été invité à comparaître devant le Comité, invitation qu'il a déclinée jusqu'à maintenant. Le médecin de famille et lui ont tous deux déclaré que ce patient ne satisfaisait manifestement pas aux critères pour obtenir l'AMM, mais qu'il avait consulté deux médecins et que sa demande avait été approuvée. Le Dr Maher s'est adressé à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, et s'est fait répondre: « Vous devrez attendre qu'il soit vraiment mort avant de pouvoir... »

Je sais, docteur Grant. Vous cherchez... Voilà ce que je pense.

Le vice-copréзидент (L'hon. Pierre Dalphond): Il vous reste une minute et demie.

Marcus Powlowski: J'ai assez parlé, docteur Grant.

Compte tenu de ce que nous voyons à propos de l'aide médicale à mourir, j'ai du mal à croire qu'il y aura vraiment une surveillance. Vous n'avez peut-être pas été mis au courant des cas en question. Dites-moi ce que vous pouvez pour m'assurer qu'il y aura une surveillance.

Douglas Grant: Premièrement, les décisions des ordres professionnels ne sont rendues publiques et communiquées aux membres que s'il y a une décision disciplinaire. Dans le cas que vous présentez, une pratique clinique douteuse ne serait divulguée que si elle aboutit à une décision disciplinaire.

Dans le peu de temps qui m'est alloué, je dirai que cela en dit long sur les nombreuses couches de réglementation décrites par Mme Close. Dans les cas d'aide médicale à mourir en Nouvelle-Écosse, des infirmières, des infirmières praticiennes, des travailleurs sociaux et deux médecins de disciplines différentes interviennent dans la démarche. À titre d'employés au service d'une autorité sanitaire, chacun de ces professionnels a des obligations s'il constate des irrégularités. Ils ont des obligations d'ordre professionnel, tout comme les médecins en ont aux termes du Code d'éthique de l'AMC. Ils sont soumis aux normes professionnelles de leur organisme de réglementation — ou d'autres professions de la santé réglementées —, et sont tenus de signaler tout manquement dont ils sont témoins. Ils ont des obligations en tant que citoyens: « Quand vous voyez quelque chose, dites quelque chose. » Il y a de nombreux niveaux de...

• (2000)

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): La question était très longue, mais malheureusement, le temps file.

Douglas Grant: C'est normal.

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Merci.

[Français]

Madame DeBellefeuille, vous avez la parole pour quatre minutes et quinze secondes.

Claude DeBellefeuille: Merci beaucoup, monsieur le président.

Madame Close, votre témoignage m'a beaucoup touchée. Vous avez dit que les législateurs avaient pour travail de fixer des balises législatives, mais qu'ils devaient aussi avoir une vision plus holistique, c'est-à-dire qu'il faut parler aussi de la souffrance des personnes atteintes d'une maladie mentale.

Je me souviendrai toujours d'une personne atteinte de schizophrénie qui venait me voir à mon bureau et qui me demandait s'il lui était possible de recevoir l'aide médicale à mourir. Elle avait des hallucinations visuelles et auditives, avec des idées paranoïdes et, malgré 25 ans de traitements et de médication, elle n'était pas capable de vivre sans souffrance. Elle ne voyait pas son futur, pour toutes sortes de raisons. Elle avait vraiment la volonté de consentir à l'aide médicale à mourir, mais ce n'est pas encore possible.

Ne trouvez-vous pas que ça relève aussi du domaine de la pratique professionnelle que d'analyser et de définir la souffrance? Au Canada, les travaux pour essayer d'encadrer ça avancent peu à peu, mais ici, autour de la table, on ne parle pas beaucoup de la souffrance. Il y a des personnes qui, même avec un soutien professionnel, continuent de souffrir et n'en peuvent plus. Trouvez-vous qu'on ne parle pas assez de l'aspect de la souffrance, dans le débat de ce soir?

[Traduction]

Eliana Close: La souffrance est une dimension importante. Bien sûr, l'aide médicale à mourir est régie par le Code criminel et notre droit. Je ne suis évidemment pas clinicienne, mais la loi dispose que les personnes en cause doivent nous dire qu'elles souffrent.

Bien que mes recherches n'aient pas porté sur les questions normatives entourant l'AMM pour la maladie mentale en tant que seul problème sous-jacent, je sais que la notion de souffrance et l'idée que des personnes ayant un trouble mental peuvent être en proie à des souffrances insolubles et vouloir quand même faire un choix autonome sont ancrées dans notre Charte. C'est pourquoi la Cour a décidé que la loi devait autoriser ces recours à l'AMM.

[Français]

Claude DeBellefeuille: Docteur Grant, quelle est votre position sur le cas d'une personne qui souffre d'une maladie mentale incurable, qui en souffrira toute sa vie et qui a tout essayé, qu'il s'agisse de soins thérapeutiques, de médicaments ou de soutien professionnel?

Croyez-vous que cette personne devrait pouvoir choisir de mettre fin à sa vie au moyen de l'aide médicale à mourir, après des années de souffrance?

[Traduction]

Douglas Grant: Je devrais probablement limiter ma réponse. Ma réponse personnelle est oui, mais, en tant que représentant du College of Physicians and Surgeons, j'ai confiance dans la capacité de la profession médicale à déterminer si le patient peut donner un consentement éclairé.

[Français]

Claude DeBellefeuille: Alors, vous faites confiance à l'entourage professionnel du patient pour l'aider à prendre une bonne décision avec un jugement libre et éclairé.

[Traduction]

Douglas Grant: Tout à fait. À mon avis, le consentement éclairé est la pierre angulaire du système médical canadien. Les médecins sont bien formés pour évaluer la capacité décisionnelle des patients. Ils le font dans de nombreux scénarios complexes, dont celui-ci.

Les médecins doivent aussi relever des défis dans de nombreuses disciplines lorsqu'il faut s'assurer que les patients peuvent donner un consentement éclairé. De jeunes adultes de 14 ans demandent ou refusent une transfusion, de jeunes adultes de 13 ans veulent obtenir des moyens de contraception et des patients en souffrance choisissent de ne pas suivre une chimiothérapie qui pourrait les sauver. C'est une pratique courante de la médecine — et de toutes les professions de la santé, soit dit en passant — que de vérifier si un patient a la capacité de prendre des décisions et peut donner un consentement éclairé. Cela devrait rester entre les mains des professionnels de la santé.

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Merci, docteur Grant.

Y a-t-il consentement pour poursuivre jusqu'à 20 h 20 et suspendre ensuite la séance pour le vote?

Des députés: D'accord.

• (2005)

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Merci.

Nous allons maintenant passer aux sénateurs.

Le coprésident (Marcus Powlowski): La sénatrice Moodie a la parole pour trois minutes.

L'hon. Rosemary Moodie: Ma première question s'adresse au Dr Grant.

Nous avons entendu le témoignage du Dr John Maher. Il a dit être au courant d'un cas où l'aide médicale à mourir avait été offerte à une personne de 30 ans. Il a appelé l'Ordre de l'Ontario à ce sujet et dit s'être fait répondre que l'Ordre ne pouvait rien faire parce que le patient n'était pas encore mort.

Que doit faire un médecin s'il croit qu'un autre clinicien ne respecte pas les dispositions du Code criminel relatives à l'aide médicale à mourir? Que ferait votre ordre professionnel, et je présume d'autres ordres comme le vôtre, si on lui présentait une allégation voulant qu'un clinicien a déjà enfreint le Code criminel ou s'apprête à le faire?

Douglas Grant: Nous ferions enquête, et rapidement.

Au risque de répéter ce que j'ai dit en réponse à la question précédente, les médecins ont le devoir de signaler ces cas. C'est une norme professionnelle imposée par tous les ordres.

Les médecins ont le devoir professionnel et éthique de signaler ces faits, et le Code d'éthique de l'AMC le dit. Les médecins au service des autorités sanitaires, comme tous les autres professionnels de la santé, ont l'obligation de divulguer ou de dénoncer en toute sécurité les irrégularités. J'ai du mal à imaginer une situation comme celle qui est décrite dans la question précédente, où l'organisme de réglementation, l'autorité sanitaire et les autres professionnels concernés ferment les yeux sur une conduite non professionnelle.

Pour répondre brièvement à votre question, si nous recevons un appel téléphonique, nous menons immédiatement une enquête.

L'hon. Rosemary Moodie: Merci.

Madame Close, ma question s'adresse à vous. Vous avez beaucoup parlé de l'importance des décisions prises en première ligne. Cela veut-il dire que vous vous attendez à ce qu'il y ait des variations d'un bout à l'autre du Canada? Ne trouvez-vous pas inquiétant que ces décisions prises sur le terrain fassent partie intégrante de l'ensemble des mesures de surveillance et de réglementation dont vous avez parlé?

Eliana Close: Il y a des variations d'un bout à l'autre du Canada. Nous formons une fédération. En fin de compte, les provinces et les territoires ont pris des décisions différentes sur la façon d'appliquer leurs programmes d'AMM et les modalités des décisions prises en première ligne.

La variabilité ne fait pas nécessairement problème, car, au bout du compte, il appartient aux provinces de décider comment administrer l'aide médicale à mourir. Selon le contexte local, différents mécanismes de réglementation peuvent convenir mieux que d'autres. Certaines provinces ont très peu de cas d'AMM. Le fait même qu'il y ait une certaine variabilité ne devrait pas être à lui seul une source de préoccupation.

L'hon. Rosemary Moodie: Merci.

Me reste-t-il du temps, monsieur le président?

Le coprésident (Marcus Powlowski): Vous avez 15 secondes.

L'hon. Rosemary Moodie: Docteur Grant, êtes-vous au courant de cas, dans votre ordre professionnel ou d'autres ordres au Canada, où des médecins qui dispensent l'aide médicale à mourir ont commis le crime que le Dr John Maher a décrit dans son témoignage?

Douglas Grant: À ma connaissance, il n'y en a pas eu, mais je prends note du cas de la Colombie-Britannique évoqué dans la question précédente.

L'hon. Rosemary Moodie: Merci.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Sénatrice Osler, vous avez trois minutes.

L'hon. F. Gigi Osler: Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins.

Ma question s'adresse à Mme Close.

Cinq minutes, c'est très peu, et vous avez essayé de rendre compte le mieux possible de vos recherches et de votre travail d'analyse. Pouvez-vous dire au Comité s'il y a d'autres aspects clés du contrôle, de la surveillance et de la réglementation qu'il vous semble important de faire comprendre au Comité, particulièrement à propos de l'AMM lorsque la maladie mentale est le seul problème de santé sous-jacent?

Eliana Close: Pouvez-vous préciser ce que vous entendez par autres aspects?

L'hon. F. Gigi Osler: Y a-t-il autre chose que vous voulez que nous sachions au sujet du contrôle, de la surveillance et de la réglementation?

Eliana Close: Merci.

Une chose me semble insuffisamment comprise: le fait que les ordres professionnels ne renvoient pas de cas à des instances supérieures ou s'abstiennent d'imposer des mesures disciplinaires est invoqué pour faire croire qu'ils ferment les yeux et que les problèmes ne sont pas décelés. Ce qui arrive souvent, et ce que nous savons grâce aux données de l'équipe d'examen de l'AMM en Ontario, c'est que les réponses aux questions soumises aux organismes de réglementation s'échelonnent sur différents niveaux. Souvent, ce sont des erreurs administratives qui se produisent et elles sont facilement et rapidement corrigées par un simple courriel ou un appel téléphonique qui donne de l'information. Ce type de réponse à plusieurs niveaux est normal dans l'application des règlements.

Les données de l'équipe d'examen de l'Ontario, que je peux fournir au Comité, révèlent également qu'aucun cas d'aide médicale à mourir n'a été transmis à la police. Je le répète, cela me donne l'assurance que ces mécanismes fonctionnent. Il n'y a pas de camouflage s'il n'y a aucun problème.

Il est très important de connaître le mécanisme de réponse à plusieurs niveaux. Lorsque nous examinons les données, nous devons étudier les rapports et voir ce qui se passe dans les faits.

• (2010)

L'hon. F. Gigi Osler: Merci.

Docteur Grant, quelle est votre réaction aux sous-entendus voulant que les ordres professionnels ferment les yeux ou ne prennent pas certains cas au sérieux?

Douglas Grant: Je ne peux parler que de mon ordre professionnel à moi.

Nous prenons ces affaires très au sérieux. J'ai eu la chance d'entretenir une étroite collaboration avec l'équipe d'aide médicale à mourir de la Nouvelle-Écosse pour élaborer ses normes cliniques. Nous avons en Nouvelle-Écosse un dispositif appelé « le téléphone ». Si des cas difficiles se présentent, je reçois souvent des appels de cliniciens qui me demandent comment il faut s'y prendre.

En Nouvelle-Écosse, il existe une relation très étroite entre l'organisme de réglementation, l'autorité sanitaire et les cliniciens qui prodiguent l'AMM. C'est donc le contraire qui se passe: nous ne fermons pas les yeux; nous étudions ces cas de plus près, et je suis heureux de participer à cette réflexion.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Sénateur Wells, vous avez trois minutes.

L'hon. Kristopher Wells: Merci.

Madame Close, de nombreux témoins ont dit au Comité que les mesures de protection actuelles contre les évaluations illégales de l'aide médicale à mourir sont insuffisantes. À la lumière de vos recherches et des données empiriques que vous avez évoquées au cours de la réunion, quelles mesures de protection supplémentaires ou autres formes de réglementation recommandez-vous pour l'AMM TM-SPMI, c'est-à-dire l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué?

Eliana Close: Je ne crois pas que des mesures de protection supplémentaires soient nécessaires dans la loi. Le système prévoit suffisamment de garanties.

Ce qu'il faut, c'est plus de transparence dans la surveillance provinciale. Nous avons de bonnes données de l'Ontario, par exemple, que le coroner, si j'ai bien compris, rendra publiques. Elles viennent de l'équipe d'examen des décès liés à l'AMM. Il faut qu'il y ait des réseaux de mécanismes de reddition de comptes. Ils existent déjà, mais il est possible de les renforcer. Cela nécessite des investissements de la part des provinces. En fin de compte, c'est une décision de ressort provincial.

Ces mécanismes sont plus souples et adaptés aux cas complexes. Il ne s'agit pas de garanties législatives supplémentaires.

L'hon. Kristopher Wells: Merci.

Docteure Crawford, la suicidabilité n'est pas uniquement associée à la maladie mentale, comme nous l'ont dit d'autres experts. Lorsque votre organisation reçoit des appels téléphoniques de personnes qui posent des questions au sujet de l'AMM, comment votre organisation leur fournit-elle des renseignements exacts et objectifs?

Allison Crawford: Voulez-vous parler de l'aide médicale à mourir?

L'hon. Kristopher Wells: Oui.

Allison Crawford: Nous ne le faisons pas. Nous avons une politique explicite selon laquelle chaque appel est considéré comme une occasion de prévenir un suicide.

L'hon. Kristopher Wells: Dans ce cas, vous ne les dirigeriez pas vers des services qui dispensent l'aide médicale à mourir.

Allison Crawford: Non.

L'hon. Kristopher Wells: Merci.

Docteur Grant, lors de la dernière réunion du Comité, le 21 avril, un témoin a déclaré qu'on ne peut confier aux cliniciens le grand pouvoir et la grande responsabilité de l'AMM TM-SPMI. Que répondez-vous à cette critique?

Douglas Grant: Il est difficile de répondre sans connaître les fondements de la question. Les cliniciens sont autorisés à exercer des responsabilités d'une gravité et d'une diversité extraordinaires. Dans un certain nombre de disciplines, c'est une question de vie ou de mort. Je ne sais pas en quoi ce cas particulier se distingue.

L'hon. Kristopher Wells: Simplement pour souligner ce que vous avez dit, les organismes de réglementation sont prêts et appliqueront cette loi si le Parlement va de l'avant.

Douglas Grant: Nous attendons des instructions.

L'hon. Kristopher Wells: Merci.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

Nous revenons au deuxième tour.

L'hon. Pierre Dalphond: Monsieur Lawton, vous avez deux minutes et 33 secondes.

Andrew Lawton (Elgin—St. Thomas—London-Sud, PCC): Docteur Grant, la sénatrice Moodie vous a demandé ce que vous feriez si vous étiez saisi d'allégations d'inconduite criminelle. Je veux m'assurer d'avoir bien compris votre réponse: vous feriez enquête à l'interne et ne les renverriez pas à la police. C'est ce que vous avez dit deux fois.

Douglas Grant: Si je l'ai fait, je me suis mal exprimé. Si nous craignons qu'il n'y ait acte criminel, nous téléphonons immédiatement à la GRC. Nous le faisons assez souvent dans d'autres domaines de réglementation. En règle générale, si la préoccupation est fondée, nous appliquons des sanctions provisoires si nous en avons le pouvoir — comme la suspension du permis d'exercer —, puis renvoyons l'affaire à la GRC ou à un autre service chargé d'appliquer la loi.

• (2015)

Andrew Lawton: Je suis soulagé de l'entendre. Merci.

Douglas Grant: Excusez-moi si je me suis mal exprimé.

Andrew Lawton: Madame Close, une précision: vous avez un doctorat, mais pas en médecine. Est-ce exact?

Eliana Close: C'est exact.

Andrew Lawton: Je veux parler de la question très importante de l'état de préparation des médecins. Ce ne sont pas des gens qui observent le système de l'extérieur. Ce sont des commentaires formulés par les évaluateurs et praticiens de l'AMM que je glane dans vos propres recherches.

En voici un: « Nous ne sommes pas infaillibles. Il y a des cliniciens stupides. Nous devons nous assurer que tout est bien fait et que la surveillance est obligatoire. »

Voici un autre exemple: « Peut-être que je fais mal les choses depuis cinq ans. Je ne sais pas. »

Voici un autre exemple: « Je suis d'accord pour dire qu'on vérifie si je coche les bonnes cases, mais il n'y a aucun contrôle de la qualité de mon travail. »

Comment pouvez-vous affirmer qu'il existe déjà une surveillance rigoureuse alors que les praticiens cités dans vos propres recherches semblent dire le contraire?

Eliana Close: Il est important de situer cette recherche dans son contexte. Ces participants parlaient de différents mécanismes de surveillance et faisaient des commentaires d'ordre plus général.

Quant au commentaire sur les cases à cocher, il portait précisément sur le manque de transparence dans les processus de la Colombie-Britannique. Je suis tout à fait en faveur d'une plus grande transparence à cet égard.

Ces propos montrent également que la surveillance ne devrait pas se limiter à suivre tous les éléments du Code criminel. La surveillance devrait aussi porter sur l'amélioration continue de la qualité et l'apprentissage à partir des erreurs. C'est là que le Canada a un rôle à jouer, mais ce rôle pourrait être renforcé.

Andrew Lawton: Merci. Il ne me reste que 10 secondes.

Vous avez parlé de surveillance rétroactive. Pour être clair, il s'agirait d'une surveillance exercée lorsque le patient est déjà mort. Est-ce exact?

Eliana Close: En rétrospective, oui, c'est après le décès du patient.

Andrew Lawton: Merci.

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Merci.

C'est maintenant le tour de Mme Jaczek, qui sera probablement la dernière intervenante avant la pause.

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

Je remercie les témoins.

Madame Close, vous avez parlé de la réglementation de l'AMM, des lignes directrices, de la formation et des pratiques exemplaires. Serait-il utile, dans un cas où le seul problème de santé est une maladie mentale, d'avoir une sorte de documentation?

En Ontario, je crois qu'il y a des aides-cliniciens qui notent essentiellement que le clinicien a posé toute une série de questions sur les motifs de la demande d'AMM. Autrement dit, dans le cas de la maladie mentale, un document indique qu'un certain nombre de traitements ont été dispensés, avec des détails et ainsi de suite, mais qu'ils n'ont pas donné les résultats espérés. Je pense à la schizophrène chronique qui a tout essayé, y compris les électrochocs. Serait-il utile d'avoir un outil d'évaluation uniforme, par écrit ou numérique, qui serait disponible pour examen?

Eliana Close: La conception de la réglementation et celle des systèmes sont des éléments importants de la réglementation. Les formulaires peuvent aider les cliniciens à s'assurer de suivre les étapes requises.

Je ne pense pas qu'il puisse y avoir un formulaire qui dirait: « Vous devez essayer cinq traitements différents avant que l'AMM ne soit permise. » Ce serait trop prescriptif, mais le formulaire lui-même peut être un moyen de traduire les mesures de protection législatives ou d'autres pratiques exemplaires pour que les cliniciens respectent les diverses étapes.

L'hon. Helena Jaczek: Docteur Grant, l'ordre professionnel de la Nouvelle-Écosse exige-t-il des étapes très précises que le clinicien doit respecter, dans le contexte actuel de l'aide médicale à mourir?

Douglas Grant: Notre norme professionnelle, qui se trouve sur notre site Web et que le public et les membres de la profession peuvent consulter, est très prescriptive. Elle encadre la démarche étape par étape. Elle correspond tout à fait à toutes les dispositions législatives qui ont suivi l'arrêt Carter, et c'est le fondement des protocoles cliniques en place à l'autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse. Il s'agit d'une norme strictement professionnelle.

L'hon. Helena Jaczek: Vous créeriez une telle norme pour les cas où le seul problème sous-jacent est la maladie mentale.

Douglas Grant: Je suis certain que nous adapterions celle qui est en place.

L'hon. Helena Jaczek: Je n'ai pas d'autres questions.

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Merci beaucoup.

Nous allons suspendre la séance pour le vote à la Chambre des communes.

J'invite les témoins à rester là, car nous allons reprendre nos travaux après le vote, dans 15 ou 20 minutes.

Merci beaucoup. Je suis désolé de l'interruption.

• (2015)

(Pause)

• (2105)

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Nous reprenez nos travaux.

Merci beaucoup à tous ceux qui ont attendu patiemment. Je pense au groupe des témoins présents et au suivant. Il y a eu un vote et nous avons dû suspendre la séance.

Il ne reste que trois intervenants qui s'adresseront à ce groupe.

Madame DeBellefeuille, vous avez la parole.

[Français]

Claude DeBellefeuille: Merci, monsieur le président.

Docteur Grant, vous nous avez dit que, si jamais le législateur décidait d'élargir l'admissibilité à l'aide médicale à mourir aux gens atteints de troubles mentaux, la Nouvelle-Écosse serait prête.

Si jamais on tranchait et qu'on recommandait l'élargissement de l'accès à l'aide médicale à mourir, auriez-vous peur que ça encourage les gens en Nouvelle-Écosse à se suicider?

• (2110)

[Traduction]

Douglas Grant: Non, cela ne m'inquiéterait pas, mais je ne suis pas clinicien dans ce domaine. Je suis convaincu que l'évaluation de l'admissibilité à l'AMM se ferait de façon raisonnée.

Comme nous le disions pendant la pause, un patient dont le seul problème médical sous-jacent est un trouble mental ne fait pas l'objet d'une évaluation de l'AMM effectuée à trois heures du matin par un médecin du service des urgences. Cette évaluation se déroule sur une certaine période et elle est faite par deux cliniciens distincts après qu'une souffrance persistante et un déclin marqué ont été établis.

Non, cela ne m'inquiéterait pas.

[Français]

L'hon. Pierre Dalphond: Merci.

[Traduction]

Le coprésident (Marcus Powlowski): Sénatrice Moodie, il vous reste une minute et 42 secondes.

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

Docteur Grant, votre ordre professionnel consulterait-il les documents d'orientation des associations professionnelles pour établir ses propres normes de pratique et évaluer la pratique d'un clinicien?

Douglas Grant: Absolument. Lorsque nous avons élaboré notre norme professionnelle sur l'AMM au départ — elle a été révisée un certain nombre de fois au fil des ans à mesure que la loi évoluait —, nous avons commencé par l'arrêt Carter. Nous avons ensuite étudié les projets de loi C-14 et C-7. Nous avons consulté l'Association canadienne de protection médicale, l'Association médicale canadienne et divers intervenants tout au long du processus. L'avantage d'une petite province comme la Nouvelle-Écosse, c'est que j'ai pu entretenir une étroite collaboration avec l'équipe clinique et l'équipe administrative qui supervisent la prestation de l'aide médicale à mourir.

C'est vraiment un effort de collaboration.

L'hon. Rosemary Moodie: Vous rencontrez des collègues d'autres ordres professionnels au Canada de temps à autre. Lorsque vous discutez avec eux, la pratique de l'aide médicale à mourir se démarque-t-elle comme un domaine où les pratiques laissent à désirer, où les pratiques contrares à l'éthique et non professionnelles sont courantes?

Douglas Grant: Je suis désolé. Je n'ai pas entendu ce que vous avez dit.

L'hon. Rosemary Moodie: Dans vos échanges avec vos collègues, la prestation de l'aide médicale à mourir se démarque-t-elle comme un domaine où les pratiques laissent à désirer, où les pratiques professionnelles sont préoccupantes au plan de l'éthique?

Douglas Grant: Non. À vrai dire, c'est le contraire. C'est un domaine où les médecins passionnés sont portés à travailler.

L'hon. Rosemary Moodie: Merci.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

La sénatrice Osler a la parole pour une minute et 42 secondes.

L'hon. F. Gigi Osler: Merci, monsieur le président.

Docteur Grant, le Comité a entendu des témoignages très différents au sujet de la sécurité de l'aide médicale à mourir du point de vue de la réglementation. Vous qui travaillez dans un organisme de réglementation, comment conciliez-vous ces points de vue très divergents?

Douglas Grant: Il est difficile de commenter des faits anecdotiques dont je ne sais rien. Comme je le disais tout à l'heure, il existe une arithmétique de la compassion. Une histoire extraordinaire peut avoir un retentissement énorme au détriment de milliers d'autres cas. L'AMM, dans le contexte de tous les services médicaux dispensés et des changements constants et progressifs de la médecine, est extraordinairement réglementée et surveillée.

J'admire vraiment le témoignage livré par Mme Close tout à l'heure. J'espère que le Comité se rend compte de tous les niveaux de cette matrice de réglementation qui s'applique, depuis les décisions prises en première ligne sur le terrain jusqu'au bureau de l'organisme de réglementation.

L'hon. F. Gigi Osler: Merci, docteur Grant.

Merci, monsieur le président.

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Voilà qui met fin à l'audition du deuxième groupe de témoins.

Au nom du Comité, je tiens à remercier tous les témoins.

Nous allons suspendre la séance quelques minutes pour accueillir le troisième groupe.

Douglas Grant: Monsieur le président, si vous me le permettez, vous m'avez présenté au début comme un représentant de la Fédération des ordres des médecins du Canada. J'ai été invité uniquement à titre de registraire du College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia.

• (2115)

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Merci beaucoup.

La séance est suspendue.

• (2115)

(Pause)

• (2115)

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Je souhaite la bienvenue aux témoins qui comparaissent ce soir et forment le troisième et dernier groupe.

Nous accueillons le Dr Jitender Sareen, chef de la psychiatrie et professeur au Département de psychiatrie de l'Université du Manitoba, et le Dr Sandip Singh Gandham, professeur clinicien adjoint au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. Ils témoignent à titre personnel. De l'Association des hôpitaux de l'Ontario, nous accueillons Melissa Prokopy, vice-présidente, Politiques et affaires publiques, et le Dr Kevin Young, vice-président, Affaires médicales.

Docteur Sareen, vous avez cinq minutes.

Jitender Sareen (chef de la psychiatrie et professeur, Département de psychiatrie, Université du Manitoba, à titre personnel): Merci, monsieur le président et honorables membres du Comité, de m'avoir invité à comparaître.

Je m'appelle Jitender Sareen. Je parle en tant que directeur du Département de psychiatrie de l'Université du Manitoba et responsable provincial de spécialité pour la santé mentale et les dépendances pour Shared Health Manitoba. Je pratique la psychiatrie adulte depuis plus de 25 ans. L'opinion que j'exprime aujourd'hui résulte de ma recherche, de mon expérience clinique et de ma connaissance du système plutôt que d'une objection idéologique ou de conscience à l'aide médicale à mourir elle-même.

L'aide médicale à mourir pour les cas de troubles mentaux a été une question difficile au Canada, et il existe des opinions réfléchies des deux côtés. Je respecte les préoccupations concernant l'autonomie et la souffrance liée aux troubles mentaux. Toutefois, après un examen attentif et impartial de la littérature internationale, je crois que le Canada ne devrait pas étendre l'aide médicale à mourir aux cas où les troubles mentaux sont le seul problème médical sous-jacent.

Premièrement, le pronostic dans les cas de troubles mentaux est souvent incertain. Des personnes peuvent rester gravement malades pendant de longues périodes et tout de même s'améliorer, particulièrement grâce à des changements de traitement ou à une meilleure situation psychosociale. Aucune norme internationale ne définit l'irréversibilité dans le cas des troubles mentaux. Quand il s'agit de réglementer quoi que ce soit, à moins d'avoir une norme internationale qui permet d'exiger des comptes, on ne peut rien réglementer.

Deuxièmement, il n'existe aucun moyen clair et fiable de distinguer une demande d'AMM de la suicidalité lorsque la maladie mentale est la seule affection médicale sous-jacente. Contrairement aux affections physiques, les idées suicidaires font partie des critères de diagnostic pour de nombreux troubles mentaux, y compris la dépression, le trouble de stress post-traumatique et le trouble de la personnalité limite. Elle touche au cœur de la pratique psychiatrique, qui est fondée sur l'évaluation et le traitement du désespoir et la prévention du suicide.

Je sais que vous avez été rassurés par d'autres témoins selon qui les psychiatres sont formés pour faire des distinctions entre l'AMM et le suicide. Mais les psychiatres et les résidents en psychiatrie à l'échelle nationale ne sont pas formés à distinguer l'AMM de la suicidalité, parce qu'il n'existe tout simplement aucun moyen de le faire. La plupart des chaires universitaires de psychiatrie au Canada ont également recommandé, en raison de ces préoccupations, de ne pas étendre l'aide médicale à mourir.

Troisièmement, la plupart des associations professionnelles internationales et des groupes ayant une expérience vécue ont clairement recommandé de ne pas fournir l'aide médicale à mourir pour les troubles mentaux. En 2025, l'exposé de principes de l'American Psychiatric Association s'y opposait explicitement, invoquant la difficulté de définir l'irréversibilité, l'imprévisibilité du pronostic et le risque que la maladie mentale elle-même puisse influencer la prise de décisions. L'Association internationale pour la prévention du suicide a également exprimé son opposition.

Au Canada, tant l'Association canadienne pour la prévention du suicide que l'Association canadienne pour la santé mentale ont soulevé des préoccupations concernant l'expansion de l'AMM, de même que des organisations représentant des personnes ayant une expérience vécue et des groupes de défense des droits des personnes en situation de handicap tels que Inclusion Canada et Indigenous Disability Canada.

En 2023, le Québec a adopté la loi 11 qui établit qu'un trouble mental autre qu'un trouble neurocognitif ne peut être invoqué pour demander l'AMM. Cette année, l'Alberta a proposé le projet de loi 18 pour exclure l'aide médicale à mourir pour motif de maladie mentale et pour restreindre l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes dont la mort est prévisible au cours des 12 mois suivants.

En ce qui concerne le Manitoba, lorsque cette question a été présentée à notre conseil provincial de leadership en psychiatrie en 2022, puis de nouveau en 2026 dans le contexte de la planification opérationnelle, le conseil est parvenu à un consensus clair à ces deux occasions selon lequel l'expansion aux cas de troubles mentaux ne devrait pas aller de l'avant.

Pour ces raisons, je demande respectueusement au Comité de recommander une pause indéfinie sur l'expansion de l'AMM aux cas de troubles mentaux.

Merci.

• (2120)

Le vice-président (L'hon. Pierre Dalphond): Merci beaucoup.

Nous passons maintenant au Dr Gandham.

Sandip Singh Gandham (professeur adjoint de clinique, Département de médecine familiale, University of Alberta, à titre

personnel): Honorables présidents, je vous remercie de m'avoir invité à comparaître. Je le fais à titre personnel.

Je suis médecin de famille et j'ai de l'expérience en médecine des toxicomanies, santé mentale et soins en fin de vie. Mon opinion s'est formée au gré de la prestation de soins à ceux qui souffrent profondément, y compris ceux qui disent souhaiter la mort. Je travaille également comme évaluateur et prestataire de l'AMM depuis 2016. Je prends part à la discussion non pas comme idéologue, mais comme clinicien qui a été témoin de la souffrance sous de nombreuses formes — physique, mentale, existentielle et sociale.

Je tiens d'abord à souligner une chose très importante. La souffrance associée à des troubles mentaux graves peut être insupportable. Ceux d'entre nous qui prodiguent des soins aux patients ayant une maladie mentale chronique grave le savent d'expérience. Leur souffrance est réelle. Elle n'est pas moins réelle parce qu'elle est psychiatrique plutôt que physique.

Beaucoup appuient l'aide médicale à mourir lorsque les troubles mentaux sont le seul problème médical sous-jacent parce qu'ils sont conscients de cette souffrance. Sur le plan éthique, un avantage possible est le respect de l'autonomie et aussi l'égalité de traitement. Si la souffrance grave et irrémédiable est le fondement de l'admissibilité à l'AMM, certains soutiennent qu'il serait discriminatoire d'exclure catégoriquement ceux dont les souffrances sont uniquement attribuables à une maladie mentale.

Il y a aussi un argument fondé sur la compassion. Pour un petit sous-groupe de personnes dont la souffrance peut être vraiment persistante, réfractaire et intolérable malgré des années de soins, l'aide médicale à mourir peut être considérée comme un dernier recours pour soulager la souffrance lorsque divers médicaments ne le font pas.

Ces arguments méritent une sérieuse réflexion, mais les risques aussi. À mon avis et d'après mon expérience clinique, les risques que comporte l'expansion de l'AMM l'emportent actuellement sur les avantages possibles. Ces risques ne sont pas accessoires, mais fondamentaux.

Il y a d'abord la notion d'irréversibilité. Dans de nombreuses maladies physiques où l'aide médicale à mourir est actuellement dispensée, le pronostic peut être difficile, mais il est souvent plus facile à établir. En psychiatrie, par contre, toute certitude est exclue si on tente de se prononcer sur l'irréversibilité de la souffrance d'un patient.

Se remettre d'une maladie mentale peut être un parcours non linéaire et étonnant. Des patients qui, à un moment donné, semblaient être dans une situation désespérée peuvent plus tard s'améliorer grâce au traitement, parfois parce que leur situation change — le logement se stabilise, le traumatisme est réglé, la toxicomanie est guérie, les relations se rétablissent ou l'espoir revient —, et parfois simplement en raison du seul passage du temps. J'ai vu des patients convaincus que la mort était leur seul soulagement trouver la stabilité, un sens et des raisons de vivre encore. Cette incertitude est très importante lorsque l'intervention envisagée est irréversible.

Autre préoccupation: de nombreuses caractéristiques d'une maladie mentale grave peuvent avoir un effet direct sur le désir de mourir. Le désespoir, une attitude d'autodestruction, une orientation altérée et les tendances suicidaires peuvent tous être des symptômes de la maladie elle-même. En particulier en médecine des toxicomanies, je vois à quel point la souffrance peut fausser ce qui semble être un désir bien établi de mort. Il n'est pas facile de distinguer un désir soutenu et autonome de mourir d'une manifestation traitable d'une maladie. C'est souvent la question clinique centrale.

Je crains que, dans certains cas, nous ne répondions pas à une demande autonome et permanente d'aide à mourir, mais plutôt à la voix de la maladie elle-même. Nous ne pouvons pas nous permettre de nous tromper sur cette distinction.

Ma troisième préoccupation est que je suis profondément préoccupé par les vulnérabilités structurelles. Les demandes de mort ne surviennent pas en vase clos. Elles peuvent émerger dans un contexte de traumatisme, de pauvreté, d'isolement, de logement inadéquat, de traitements prolongés et de manque d'accès aux soins et au soutien. Si des gens demandent l'AMM parce qu'ils n'ont pas accès aux conditions nécessaires pour vivre dans la dignité, ce n'est pas un triomphe de l'autonomie; c'est un échec des soins. En pareils cas, la souffrance peut être réelle, mais il est possible d'y remédier par des mesures sociales plutôt que par l'aide médicale à mourir.

Cela soulève une profonde préoccupation sur le plan éthique: offrons-nous l'aide médicale à mourir dans certains cas parce que la souffrance est vraiment irrémédiable ou parce que nos systèmes n'ont pas été en mesure de fournir ce dont la personne a besoin pour vivre? Je dirais que le Canada n'a pas encore fait la preuve que son système de soins en santé mentale et de services sociaux est suffisamment solide pour garantir que ces solutions de rechange sont vraiment disponibles.

D'aucuns diront peut-être encore qu'il y a discrimination. En toute déférence, je dirais que la prudence n'est pas de la discrimination lorsqu'elle découle d'une authentique incertitude clinique et du souci de protéger les vulnérables. Un respect égal n'exige pas toujours des réponses identiques lorsque les réalités cliniques sous-jacentes diffèrent.

Pour moi, la question n'est pas de savoir si des patients ayant une maladie mentale souffrent gravement. Ils souffrent. Il s'agit de savoir si nous pouvons établir une distinction fiable dans la pratique entre les rares cas où la souffrance est vraiment irrémédiable et ceux où le désespoir peut encore être traité. Je ne suis pas convaincu que nous puissions le faire avec suffisamment de confiance.

• (2125)

Lorsqu'il existe un doute dans des questions de vie et de mort, lorsque le pronostic est incertain et que la vulnérabilité est profonde, la prudence n'est pas du paternalisme. C'est une façon d'exercer sa responsabilité éthique.

Merci.

Le vice-président (L'hon. Pierre Dalphond): Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme Prokopy.

Melissa Prokopy (vice-présidente, Politiques et affaires publiques, Association des hôpitaux de l'Ontario): Bonsoir, monsieur le président. Merci beaucoup de l'invitation d'aujourd'hui.

Je m'appelle Melissa Prokopy. Je suis vice-présidente des politiques et de la défense des droits à l'Association des hôpitaux de l'Ontario. L'AHO représente les 135 hôpitaux de l'Ontario. Elle compte parmi ses membres des hôpitaux de différents types et tailles, y compris des hôpitaux affectés aux services de santé mentale et à la lutte contre la toxicomanie. Je suis accompagnée aujourd'hui du Dr Kevin Young, vice-président aux affaires médicales et chef du personnel au Centre de soins de santé mentale Waypoint, à Penetanguishene, en Ontario.

Aujourd'hui, nous vous ferons part du point de vue du secteur hospitalier sur l'état de préparation du système de soins de santé de l'Ontario à l'élargissement proposé de l'AMM aux cas où la maladie mentale est le seul problème médical sous-jacent.

Je tiens à souligner trois préoccupations clés que nous avons entendues de la part de nos membres en ce qui a trait à l'expansion proposée, soit les difficultés actuelles d'accès aux services de santé mentale en général, l'impact de l'inégalité d'accès à ces services pour différents segments de la population, et l'état de préparation général du système chez les fournisseurs de soins de santé pour la prestation de l'AMM.

Je vais demander au Dr Young d'expliquer plus en détail ces problèmes d'accès et d'équité.

Kevin Young (vice-président, Affaires médicales et chef du personnel, Centre de soins de santé mentale Waypoint, Association des hôpitaux de l'Ontario): Merci, madame Prokopy.

En ce qui concerne l'accès aux services de santé mentale, les obstacles demeurent importants en Ontario et dans l'ensemble du Canada. Des données récentes de l'Institut canadien d'information sur la santé révèlent que 41 % des adultes ayant un diagnostic de trouble de santé mentale déclarent que leurs besoins n'ont été que partiellement satisfaits, voire pas du tout. Ces défis ne concernent pas seulement les patients, mais aussi la capacité globale du système.

Par exemple, en 2024, l'Association des hôpitaux de l'Ontario a commandé une étude à l'Université de Toronto afin d'examiner l'impact prévu des maladies chroniques sur le système de santé au cours des 20 prochaines années. L'étude a révélé que les troubles de l'humeur et d'anxiété ainsi que les troubles liés à la consommation de substances contribuaient à l'augmentation des maladies chroniques chez les jeunes Canadiens. Cela engendre une pression supplémentaire sur le système de santé et un besoin accru d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale.

De plus, nous avons appris que les difficultés actuelles d'accès aux soins peuvent compliquer la prestation de l'aide médicale à mourir. Elles posent également des défis aux professionnels de la santé lors de l'évaluation de l'admissibilité qui doivent avoir l'assurance que les patients ne choisissent pas l'aide médicale à mourir simplement parce qu'ils ne peuvent pas obtenir les soins de santé mentale nécessaires.

Les défis cliniques causés par un accès insuffisant aux soins de santé mentale peuvent avoir d'autres répercussions sur le système. Par exemple, un patient pourrait être jugé inadmissible à l'aide médicale à mourir, mais continuer à éprouver des difficultés pour obtenir des services en santé mentale. Les praticiens pourraient être amenés à régler les problèmes d'accès dans le processus de demande d'aide médicale à mourir en facilitant des consultations ou en cherchant un traitement accéléré pour les demandeurs, ce qui peut être la meilleure ligne de conduite pour un patient donné, mais cela pourrait également créer le risque que le processus devienne un moyen d'accéder plus rapidement aux soins de santé mentale, ce qui peut alors accroître les inégalités dans l'accès aux soins.

Il est également important de prendre en compte l'équité dans l'accès aux soins de santé mentale. Comme nous le savons, les inégalités systémiques, notamment celles liées au racisme, à la pauvreté, à l'itinérance et d'autres peuvent aggraver la santé mentale. Par exemple, Statistique Canada a rapporté en 2024 que, parmi les Autochtones qui avaient besoin de soins de santé mentale ou qui souhaitaient en obtenir, une grande majorité, soit environ les trois quarts, ont déclaré que leurs besoins n'étaient pas comblés ou ne l'étaient que partiellement.

Le gouvernement fédéral reconnaît les obstacles importants auxquels font face les Autochtones pour accéder aux services de santé mentale. Ces obstacles trouvent leur origine dans le racisme systémique, la situation géographique et d'autres facteurs structurels. Les consultations menées par le passé par le gouvernement fédéral auprès des Autochtones sur l'aide médicale à mourir ont souligné la nécessité d'améliorer l'accès aux services de santé mentale et la nécessité de poursuivre les consultations sur l'élargissement de l'aide médicale à mourir.

Améliorer l'accès aux soins de santé mentale contribuerait à garantir que le recours à l'aide médicale à mourir soit véritablement éclairé et volontaire. Nous estimons que des consultations supplémentaires devraient se poursuivre avant que le gouvernement ne décide d'aller de l'avant avec un élargissement.

Je redonne maintenant la parole à Melissa Prokopy pour qu'elle nous donne plus d'information sur les défis liés à la capacité du système.

• (2130)

Melissa Prokopy: Merci, docteur Young.

Notre dernier point est que les hôpitaux ont cerné des lacunes cliniques qui limitent la capacité du système. Par exemple, nous avons appris que les cliniciens ne s'entendent pas toujours sur la détermination de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir lorsque la maladie mentale est la seule condition médicale. Cela inclut la manière de déterminer si une maladie mentale est incurable et de faire la distinction entre une demande d'aide médicale à mourir et une intention suicidaire.

De plus, on nous a parlé de la nécessité de disposer de directives cliniques claires et d'une formation adéquate pour que les prestataires se sentent bien préparés. L'un de nos membres, le Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto, a publiquement recommandé que les lignes directrices soient fondées sur un consensus, étant donné le manque de données probantes sur cette question.

Pour ces raisons, nous estimons qu'il faut plus de temps pour parvenir à un consensus et garantir la capacité et la préparation du système.

Merci encore de nous avoir donné l'occasion de nous adresser à vous. Nous serons heureux de répondre à toutes vos questions.

Le vice-copréзидент (L'hon. Pierre Dalphond): Merci beaucoup pour vos exposés.

Nous avons convenu de ne faire qu'un seul tour de table, car nous avons pris un peu de retard. Les interprètes ont eux aussi dépassé l'horaire prévu, mais ils restent. Chaque député disposera de cinq minutes ou pourra partager son temps de parole avec un collègue. Les sénateurs disposeront chacun de trois minutes.

Monsieur Lawton, la parole est à vous.

Andrew Lawton: Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci aux témoins.

Pour situer le contexte, docteur Gandham, vous êtes évaluateur et prestataire de l'aide médicale à mourir. Est-ce exact?

Sandip Singh Gandham: C'est exact.

Andrew Lawton: Lorsque vous exprimez votre scepticisme, cela ne découle nullement d'une objection de conscience à l'aide médicale à mourir elle-même.

Sandip Singh Gandham: Certainement pas.

Andrew Lawton: Très bien. Je vous en remercie.

Vous avez participé à des événements organisés par Mourir dans la Dignité Canada. Est-ce exact?

Sandip Singh Gandham: C'est exact.

Andrew Lawton: Merci pour cette précision.

Je me tourne maintenant vers nos témoins de l'Association des hôpitaux de l'Ontario. Ma question s'adresse à qui veut bien y répondre.

Un témoin favorable à l'élargissement de l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes d'une maladie mentale nous a dit que si certains praticiens ne se sentent pas prêts, ils n'ont qu'à ne pas participer au programme d'aide médicale à mourir. Pour vos hôpitaux membres confrontés à la même dissidence que celle que nous avons observée parmi les témoins que nous avons entendus, comment un hôpital pourrait-il même commencer à mettre en oeuvre ce programme alors qu'il n'y a pas de consensus au sein du milieu psychiatrique ni même parmi les évaluateurs des demandes d'aide médicale à mourir?

• (2135)

Melissa Prokopy: Je suis ravie de commencer. Dr Young aura peut-être quelque chose à ajouter.

Je vais réitérer ce que j'ai dit, et ce que le Centre de toxicomanie et de santé mentale a clairement exprimé publiquement, à savoir que nous avons besoin d'un consensus. Une partie du rôle de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, qui soutient 135 établissements à travers l'Ontario, consiste à créer, d'un point de vue organisationnel, une approche normalisée et cohérente pour gérer l'accès à tout service. Étant donné l'absence de consensus clinique général sur l'aide médicale à mourir au niveau individuel, nous pensons qu'à ce stade, l'accent devrait vraiment être mis sur un accès plus large aux services de santé mentale dans l'ensemble du continuum de soins.

Andrew Lawton: Je sais que le système a pris en compte les médecins qui ne souhaitent pas participer à l'aide médicale à mourir, mais à l'échelle des établissements, si l'élargissement se concrétise, êtes-vous convaincue que les hôpitaux disposeraient de fondements juridiques suffisants pour refuser de participer parce qu'ils ne se sentent pas prêts à offrir ce service, en ce qui concerne explicitement l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes d'une maladie mentale?

Melissa Prokopy: Je tiens à préciser que l'Association des hôpitaux de l'Ontario n'est pas un organe de réglementation. Nous sommes une association. Nous représentons certes tous les hôpitaux. Nous sommes conscients que plusieurs de nos hôpitaux sont des établissements confessionnels. Nous savons également que nos membres s'engagent à respecter le choix des patients et à offrir des consultations efficaces et fondées sur des données probantes pour l'aide médicale à mourir. Notre travail consiste en fait à soutenir ces efforts au sein des établissements.

Chaque établissement fait ses propres choix. En réalité, de notre point de vue, notre rôle est d'aider à créer une approche aussi cohérente et normalisée que possible.

Andrew Lawton: Merci.

Je cède la parole à M. Cooper.

Michael Cooper: Docteur Gandham, je voudrais simplement confirmer que vous êtes le responsable médical provincial de l'aide médicale à mourir pour Alberta Health Services et que vous occupez ce poste depuis 2019.

Sandip Singh Gandham: C'est exact, mais je suis ici à titre personnel. Je ne représente pas cette organisation.

Michael Cooper: Merci.

Docteur Sareen, selon votre avis professionnel, les lignes directrices de l'Association des psychiatres du Canada contiennent-elles des éléments indiquant que l'on est prêt à élargir l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes d'une maladie mentale?

Jitender Sareen: J'ai examiné le document d'orientation de l'Association des psychiatres du Canada sur l'aide médicale à mourir. En première page, il est indiqué qu'il n'a pas fait l'objet d'une évaluation par les pairs. Je m'en tiendrai là.

J'ajouterai que l'Association des psychiatres du Canada indique sur son site Web qu'elle n'a pas de position sur l'aide médicale à mourir. Vous avez entendu plusieurs témoins affirmer qu'il n'existe pas de définition internationale du caractère irrémédiable et de la distinction entre l'aide médicale à mourir et le suicide. Ce document d'orientation n'a pas fait l'objet d'une évaluation par les pairs. Il émane d'un petit groupe de personnes.

Michael Cooper: Vous n'avez pas été consulté.

Jitender Sareen: Non.

Michael Cooper: Savez-vous si d'autres chefs de département de psychiatrie ont été consultés?

Jitender Sareen: Non.

Michael Cooper: Il reprend mot pour mot la norme de pratique type de Santé Canada concernant le caractère irrémédiable. Estimez-vous qu'il s'agit là de critères appropriés, ou cela vous pose-t-il problème?

Jitender Sareen: Non, je ne considère pas que ces critères sont appropriés. C'est ce qu'ont également fait valoir les présidents des

chaires de psychiatrie dans un mémoire qu'ils vous ont soumis, indiquant qu'ils ne sont pas favorables à l'élargissement.

Michael Cooper: Seriez-vous d'accord pour dire que l'on peut examiner les traitements passés, mais que la question la plus importante est de se projeter dans l'avenir? C'est un aspect que les critères de la norme de pratique n'abordent pas.

Jitender Sareen: Exactement.

Michael Cooper: Qu'en est-il de la suicidalité? Nous avons entendu le témoignage du président des chaires de psychiatrie selon lequel cela crée en fait une confusion clinique. Êtes-vous d'accord?

Jitender Sareen: Oui, je suis d'accord.

Je répète que le document d'orientation de l'Association des psychiatres du Canada n'a pas été évalué par des pairs. À l'échelle internationale, le document auquel j'ai fait référence, celui de l'American Psychiatric Association, a été évalué par des pairs et approuvé par le conseil d'administration de cette association et les chercheurs de l'International Association for Suicide Prevention.

Je ne souscris pas au document de l'Association des psychiatres du Canada.

Le vice-président (L'hon. Pierre Dalphond): Merci.

[Français]

Monsieur Fergus, vous avez la parole pour cinq minutes.

L'hon. Greg Fergus (Hull—Aylmer, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le sénateur.

Tout d'abord, chers témoins, j'aimerais tous vous remercier de votre présence aujourd'hui pour offrir vos opinions et témoigner devant nous sur une question très sensible.

Je suis très nouveau à ce comité et, lors de quelques comparutions auxquelles j'ai assisté, j'ai entendu qu'il n'y avait pas de consensus. Il y a des professionnels de la santé qui disent qu'on est prêt, qu'il y a des règlements et des directives qu'on peut suivre, tandis que d'autres disent qu'on n'est pas prêt. Il y a d'autres personnes qui disent qu'on a la capacité d'offrir ces services, tandis que d'autres disent le contraire.

Docteur Gandham, je vous suis énormément reconnaissant du fait que vous ayez reconnu le sérieux de la maladie mentale et le fait que c'est un état très grave pour certains Canadiens. J'apprécie aussi la franchise dont vous avez fait preuve en disant qu'en dépit du fait que ce sujet mérite une considération sérieuse, vous croyez, à titre personnel, que nous ne sommes pas encore prêts et que vous ne donnez pas votre approbation.

Cela m'amène à prendre un peu de recul et à vous poser à tous la question suivante: peu importe notre capacité d'accueillir ces demandes ou d'établir des directives pour bien gérer le processus, croyez-vous que la population canadienne est prête pour ce genre d'aide médicale à mourir?

Docteur Gandham, vous pouvez répondre en premier.

• (2140)

[Traduction]

Sandip Singh Gandham: Dans ce cas, je me demande si nous ne mettons pas la charrue avant les bœufs. Quand on examine n'importe quelle maladie, si l'on veut la traiter, il faut s'attaquer à la cause profonde. C'est ce qu'on nous enseigne. Si l'on veut vraiment l'aguérir, il faut s'attaquer à sa cause profonde. Quand on parle de maladie mentale, elle ne tombe pas du ciel. Elle a de nombreuses causes profondes, complexes et imbriquées.

Ayant travaillé dans le domaine des dépendances depuis sept ou huit ans, je n'ai encore jamais vu une personne souffrant d'un trouble grave lié à l'usage de substances qui n'ait pas vécu, à des degrés divers, des événements très difficiles et traumatisants ou négatifs dans l'enfance. Ceux-ci ont un impact sur votre capacité à faire face, sur vos mécanismes d'adaptation et tout le reste.

Quand on parle de préparation, je pense qu'avant nos traitements... on n'en est probablement même pas là.

[Français]

L'hon. Greg Fergus: Pardonnez-moi, docteur Gandham. Je ne veux pas savoir si les professionnels de la santé sont prêts. J'aimerais savoir si vous croyez que la population canadienne, en général, est prête à accueillir ces changements.

[Traduction]

Sandip Singh Gandham: C'est difficile pour moi de répondre. Je ne peux pas répondre au nom de la population et dire si elle est prête. Cela dépend du point de vue. Si la question est de savoir si la majorité estime que c'est le moment approprié et que c'est la bonne chose à faire, dans ce sens, ce serait difficile à dire.

Je ne veux pas parler au nom de la majorité. J'ai mon opinion, mais si les gens connaissaient tous les faits, je ne pense pas qu'ils seraient prêts.

[Français]

L'hon. Greg Fergus: Docteur Sareen, pouvez-vous donner une brève réponse?

[Traduction]

Jitender Sareen: L'Association canadienne pour la santé mentale, l'Association canadienne pour la prévention du suicide et Inclusion Canada ont toutes déclaré que nous ne sommes pas prêts pour l'aide médicale à mourir en cas de maladie mentale. Elles l'ont dit publiquement.

On peut y réfléchir en théorie, mais en réalité, pour la rendre accessible au Canada... on ne peut pas faire la distinction entre l'aide médicale à mourir et le suicide.

L'hon. Greg Fergus: Je vais vous poser cette question, madame Prokopy et docteur Young, très brièvement, car il ne me reste qu'environ 30 secondes pour vous deux. Pensez-vous que vos voisins sont prêts? Je dois convaincre les gens sur le terrain. Pensez-vous que les gens que vous rencontrez tous les jours et à qui vous parlez à l'épicerie sont prêts pour cela?

Kevin Young: Je ne peux pas parler au nom de mon voisin, bien sûr, mais je peux vous dire que les membres de nos hôpitaux qui se sont exprimés ont la ferme conviction qu'ils ont le devoir de veiller à ce que les directives soient fondées sur un consensus, de savoir comment les appliquer et de s'assurer que les gens jouissent d'un accès équitable aux soins et peuvent obtenir les soins de santé mentale dont ils ont besoin. En l'absence de ces éléments, les gens ont

l'impression de ne pas être en mesure de fournir ce service, sachant que toutes ces lacunes existent. Il est important d'en tenir compte.

Le public canadien voudrait savoir que les personnes qui fournissent ces soins ont confiance en leur capacité à le faire et que l'infrastructure nécessaire est en place pour leur permettre de le faire.

• (2145)

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Merci, docteur Young.

[Français]

Madame DeBellefeuille, vous avez la parole pour cinq minutes.

Claude DeBellefeuille: Merci, monsieur le président.

Docteur Sareen, je pense qu'il n'y a pas de consensus sur l'élargissement de l'accès à l'aide médicale à mourir à ceux dont le seul motif invoqué est un trouble mental. Cependant, il semble y avoir un consensus autour de la table, ainsi que dans chaque province, sur le fait qu'il y a un manque de soutien en matière de services de santé mentale. Pour y remédier, il faut augmenter les transferts fédéraux vers les provinces, qui peinent à avoir les budgets nécessaires pour offrir le soutien.

Cela dit, il demeure que les gens qui souffrent d'un trouble mental persistant et incurable devraient avoir le droit ou la liberté de faire leurs propres choix et de vivre en toute autonomie et, surtout, en toute dignité. Ils devraient pouvoir faire le même choix que celui que les personnes qui souffrent d'une maladie chronique peuvent faire.

Ce que j'essaie de vous faire comprendre, c'est que, à mon avis, les personnes qui ont un trouble mental ont aussi le droit, si elles ont un trouble persistant et incurable, qu'elles ont reçu des soins étalés sur plusieurs années, qu'elles sont entourées et qu'elles ne manquent pas de services, de prendre leur propre décision à la fin et de porter un jugement libre et éclairé sur leur personne.

Docteur Gandham, dans le cadre de votre pratique, vous est-il déjà arrivé de voir une personne qui souffrait d'un trouble mental et de vous dire que vous comprendriez qu'elle vous demande l'aide médicale à mourir, parce qu'il n'y avait pas d'autre solution pour cesser ses souffrances, et que vous accepteriez de la lui accorder?

[Traduction]

Jitender Sareen: Comme je l'ai dit dans ma déclaration et comme l'indique l'énoncé de principe de l'American Psychiatric Association, sur le moment, qu'il s'agisse d'idées suicidaires ou d'une demande d'aide médicale à mourir, un clinicien ne peut pas déterminer si cela relève de la santé mentale d'une personne ou d'un problème psychosocial. On peut avoir suivi 100 traitements pendant des années, mais cela ne permet pas de prédire l'avenir. C'est très important.

Comme d'autres l'ont dit, la majorité des Canadiens n'ont pas accès à une psychothérapie appropriée et fondée sur des données probantes.

[Français]

Claude DeBellefeuille: Excusez-moi, docteur Sareen, je sais que tous les citoyens au Québec ou dans les autres provinces n'ont pas tous un accès égal aux mêmes soins, mais je considère qu'une personne qui a un trouble mental persistant et incurable a le droit de choisir ce qui est bon pour elle. C'est comme si on faisait une discrimination entre deux catégories de malades.

Alors, je partage l'opinion selon laquelle il n'y a pas de consensus et ce n'est peut-être pas le temps d'élargir l'accès à l'aide médicale à mourir aux gens atteints d'un trouble mental. Cependant, il faut s'y préparer, parce que les gens qui souffrent d'un trouble mental persistant et incurable vont le demander, et il faut être capable de soulager cette souffrance.

Docteur Gandham, qu'est-ce que vous faites pour avancer votre réflexion clinique et vous préparer, puisqu'on va probablement devoir trancher dans le futur? Qu'est-ce que vous faites pour vous préparer à cette décision clinique visant à soutenir ces personnes qui ont un trouble mental persistant et incurable?

[Traduction]

Sandip Singh Gandham: Qu'est-ce que je fais? Je pense qu'au cours des huit ou neuf dernières années passées à travailler dans le domaine des dépendances, ma position a changé. Elle a évolué. Je reste favorable à l'aide médicale à mourir, et je la pratique régulièrement.

La question fondamentale à laquelle nous devons nous intéresser concerne la notion d'incurabilité. Sur quoi nous basons-nous? Quelle définition type donnons-nous à l'expression « résistance au traitement », si souvent utilisée? Résistance au traitement de quoi, exactement? Des traitements ont été proposés. Est-ce suffisant? Étaient-ils adaptés à la culture? Tenaient-ils compte des traumatismes? Des personnes présentent tous ces problèmes, et elles ne vont pas s'engager...

Il y a quelques jours, la Dre Neufeld a parlé de l'alliance thérapeutique. Ce n'est pas parce qu'on propose quelque chose... S'il n'y a pas de lien, où en est la personne dans son parcours? Est-elle en phase de précontemplation ou de contemplation? Y croit-elle? Tous ces facteurs sont connus. La recherche montre si un traitement fonctionnera ou non. Tenons-nous compte de tout cela?

Quand on envisage un traitement, pour qu'il y ait résistance au traitement... On parle d'un traitement biopsychosocial pour tous les problèmes psychiatriques. Oui, on prescrit des médicaments, mais les gens les prennent-ils réellement? Sont-ils assidus et respectent-ils le traitement? En ce qui concerne la thérapie psychologique, les gens ont-ils les moyens de se la payer? Y ont-ils réellement accès? S'il s'agit de parents célibataires, ont-ils les moyens et le temps nécessaires?

La dernière partie est sociale. C'est généralement une petite note de bas de page. Si vous examinez la plupart des évaluations psychiatriques — ce n'est pas parce qu'elles sont erronées; tous ont les meilleures intentions —, vous constatez que ces aspects échappent au contrôle du psychiatre ou du médecin traitant. C'est pourtant là que se trouvent souvent les causes profondes de bon nombre de ces maux. Nous affirmons qu'ils sont incurables, mais nous n'avons pas consacré autant de temps, d'efforts et de ressources à l'aspect biopsychosocial; comment pouvons-nous donc affirmer qu'ils sont incurables?

• (2150)

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Merci, docteur Gandham.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Au tour de Mme Moodie pour ses trois dernières minutes.

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

Je suis désolée. Je n'arrive pas à allumer ma caméra, mais je vais poser mes questions.

Je voudrais simplement signaler à M. Fergus qu'un sondage Ipsos de 2023 a montré que le soutien à l'aide médicale à mourir lorsque la maladie mentale est la seule condition médicale sous-jacente était de 80 %.

Ma question s'adresse à Mme Prokopy.

Andrew Lawton: J'invoque le Règlement.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Je vous cède la parole, monsieur Lawton.

Andrew Lawton: Je ne pense pas qu'il soit permis aux membres d'intervenir quand leur caméra est éteinte.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Je suis désolé, madame Moodie, mais vous devez allumer votre caméra.

L'hon. Rosemary Moodie: Je fais de mon mieux. Je n'arrête pas de cliquer sur le bouton.

Le coprésident (Marcus Powlowski): Pourrions-nous peut-être passer au sénateur suivant? Nous allons demander au service informatique de régler ce problème dans l'intervalle.

L'hon. Rosemary Moodie: Aurai-je l'occasion de poser ma question?

Le coprésident (Marcus Powlowski): Ah, vous voilà.

Allez-y. Vous disposez de trois minutes.

L'hon. Rosemary Moodie: Merci.

Ma question à Mme Prokopy est la suivante. Tous les services jugés nécessaires, voire essentiels, pour les Canadiens et les Ontariens sont-ils disponibles dans tous les hôpitaux de l'Ontario? N'est-il pas vrai qu'au cours des 20 dernières années, nous avons instauré un processus de régionalisation des soins, de sorte que certains pôles de la ville offrent des niveaux de soins qui ne sont pas disponibles dans tous les hôpitaux, et que certains services ne sont pas offerts dans tous les hôpitaux en raison de problèmes de ressources, de la masse critique, du savoir-faire disponible et d'autres considérations?

Pouvez-vous expliquer en quoi cette réalité ne pose pas de problème pour certains de ces services essentiels destinés aux Ontariens, alors que, dans le domaine de la santé mentale, on ne verrait pas ces soins devenir accessibles, notamment en ce qui concerne l'aide médicale à mourir, parce que vous estimez que tous les hôpitaux devraient y avoir accès de manière égale?

Melissa Prokopy: Je commencerai par réitérer ce que j'ai dit plus tôt, un point auquel vous avez fait allusion. Nos préoccupations portent sur un accès plus large aux soins de santé mentale dans toute la province. Nous avons constaté une augmentation de 11 % des visites aux urgences pour des raisons de santé mentale au cours des cinq à six dernières années. En Ontario, nous suivons ce que l'on appelle les patients « de niveau de soins alternatif ». Il s'agit de patients qui attendent de sortir de l'hôpital pour aller ailleurs, soit rentrer chez eux, être orientés vers des soins de longue durée...

L'hon. Rosemary Moodie: Je suis désolée, mais la question est de savoir si vous voyez un quelconque parallèle entre le fait que de nombreux services que nous offrons encore en Ontario ne sont pas disponibles dans tous les hôpitaux. En fait, nous rationalisons ces soins dans certains endroits et ne les offrons pas dans tous les hôpitaux. Est-ce un problème? Pourquoi est-ce un si gros problème pour nous de ne pas offrir l'aide médicale à mourir dans tous les hôpitaux au même degré, au même niveau? Pourquoi cela empêcherait-il de rendre ce service accessible aux Ontariens et aux Canadiens?

Melissa Prokopy: Si je comprends bien votre question, je dirais que les services ne sont pas tous disponibles dans tous les hôpitaux. Nous avons des programmes régionaux en Ontario...

L'hon. Rosemary Moodie: C'est exact.

Melissa Prokopy: ... pour le cancer. Nous avons des programmes localisés...

L'hon. Rosemary Moodie: C'est exactement ce que je veux dire.

Melissa Prokopy: Encore une fois, cela dépend de l'endroit où vous vivez dans la province, de la géographie, du caractère rural de la région et de la composition des équipes de médecins et d'infirmières praticiennes. Ces facteurs détermineront les services dont vous bénéficierez. C'est le cas pour tous les services, pas seulement dans le contexte de l'aide médicale à mourir.

L'hon. Rosemary Moodie: Dans le contexte de l'aide médicale à mourir, pourquoi est-il nécessaire, avant d'aller de l'avant, de garantir des niveaux de service et d'accès équitables dans l'ensemble du système pour que votre groupe soit convaincu que ce n'est qu'alors que nous pourrions passer à l'étape suivante?

Le coprésident (Marcus Powlowski): Veuillez répondre très brièvement.

Melissa Prokopy: Je voudrais simplement ajouter, en réponse aux commentaires formulés par les témoins, que si l'accès aux services de santé mentale, au logement, aux autres services communautaires et aux traitements décrits aujourd'hui par les médecins du panel fait défaut, comment pouvons-nous affirmer que la maladie mentale sous-jacente d'une personne est irrémédiable? Il faut que l'accès aux services de santé mentale soit assuré et qu'il y ait un consensus parmi les cliniciens avant d'en arriver à un point où l'aide médicale à mourir pour cause de maladie mentale sera collective-ment acceptée, mais cela suppose beaucoup de conditions.

• (2155)

Le coprésident (Marcus Powlowski): Merci.

C'est maintenant au tour de Mme Osler, qui dispose de trois minutes.

L'hon. F. Gigi Osler: Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse à l'Association des hôpitaux de l'Ontario. En quelque sorte, elle fait suite à la dernière question concernant l'accès aux soins.

Comme vous le soulignez, l'accès aux soins ainsi que l'administration et la prestation des soins de santé relèvent principalement de la compétence des provinces. Quelles mesures l'Association des hôpitaux de l'Ontario a-t-elle prises avec le gouvernement de l'Ontario pour résoudre ces problèmes afin d'être prête pour la levée de l'exclusion relative aux maladies mentales?

Melissa Prokopy: Je vais peut-être pouvoir vous donner rapidement un aperçu, puis demander au Dr Young de vous présenter quelques exemples concrets.

Une partie du rôle de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, à titre d'association, consiste à représenter la voix des hôpitaux de l'Ontario. Nous le faisons en collaborant étroitement avec le gouvernement provincial non seulement pour élargir l'accès aux services de santé mentale en milieu hospitalier, mais pour veiller à ce que les hôpitaux travaillent en étroite collaboration avec les soins primaires, les services communautaires de santé mentale, les soins de longue durée et les soins à domicile, afin que les gens puissent avoir accès aux services dont ils ont besoin là où ils en ont besoin.

Il est certain qu'il existe des lacunes importantes, comme le Dr Young et moi-même l'avons tous deux évoqué. L'accès aux soins n'est pas équitable d'une collectivité à l'autre. Nous savons également que certaines populations sont confrontées à des inégalités bien plus importantes que d'autres.

Kevin Young: J'ajouterais que nous constatons que de nombreuses personnes se rendent aux urgences et à l'hôpital parce qu'elles n'ont pas accès à des soins dans la collectivité. Ce type de soins doit être proposé de manière continue sur une longue période. Le manque d'accès dans la collectivité a constitué un obstacle majeur.

L'Association des hôpitaux de l'Ontario, en collaboration avec de nombreux hôpitaux de la province, a plaidé haut et fort pour un renforcement des soins à domicile et de l'accès à ces soins pour les personnes atteintes de maladie mentale, ainsi que pour une amélioration de l'accès, dans la collectivité, à divers types de traitements, notamment la thérapie cognitivo-comportementale, ainsi que la stimulation magnétique transcrânienne répétitive et les électrochocs. Malgré tout, bien que nous ayons fait des progrès, nous sommes encore loin de ce que nous considérons comme un niveau raisonnable de soins disponibles de manière équitable dans toute la province.

L'hon. F. Gigi Osler: Merci pour ces précisions.

J'ai deux brèves questions complémentaires.

Premièrement, en 2016, lorsque le projet de loi C-14 est entré en vigueur, y avait-il un consensus sur l'aide médicale à mourir? Vous avez évoqué la nécessité d'un consensus.

Deuxièmement, en 2021, lorsque l'aide médicale à mourir a été légalisée pour les personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible, y avait-il un consensus?

Melissa Prokopy: Le consensus était certainement plus large qu'aujourd'hui. Nous travaillons en étroite collaboration avec les ordres professionnels, le gouvernement...

L'hon. F. Gigi Osler: Était-ce en 2016 ou en 2021?

Melissa Prokopy: Les deux.

Notre objectif est de créer un cadre permettant aux organisations de s'adapter à leur situation. Comme je l'ai dit, plusieurs de nos membres sont des organisations confessionnelles. Elles ont surmonté leurs propres défis pour favoriser et promouvoir l'accès et le choix des patients. Cela n'a pas toujours été facile, mais nous avons assurément travaillé tous ensemble en tant que groupe pour essayer d'assurer l'accès d'une manière qui non seulement réponde aux besoins du patient, mais qui reconnaisse certains des défis auxquels le secteur est confronté en matière d'accès et d'équité.

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

Nous cédon maintenant la parole à M. Wells pour les trois dernières minutes.

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

Docteur Sareen, vous avez dit que, sans norme internationale, nous ne pouvons pas réglementer l'élargissement de l'aide médicale à mourir aux personnes pour qui la maladie mentale est la seule condition médicale sous-jacente. Cependant, de nombreuses administrations la proposent sous une forme ou une autre aux personnes atteintes de maladie mentale. Par exemple, les Pays-Bas utilisent le concept de « diligence raisonnable » comme norme de base, avec l'assurance que la personne est apte et consciente. Il en va de même en Belgique et au Luxembourg. L'Espagne et la Colombie ont élaboré d'autres normes.

Pourquoi ces normes ne seraient-elles pas acceptables pour nous, au Canada, pour servir de lignes directrices si le Comité décidait d'élargir l'aide médicale à mourir aux personnes pour qui la maladie mentale est la seule condition médicale sous-jacente? Qu'est-ce que ces administrations ont que le Canada n'a pas?

Jitender Sareen: Merci pour votre question.

Il est très important de se rappeler que très peu de pays l'ont autorisée. Si l'on examine attentivement les données et le cadre juridique en vigueur aux Pays-Bas, on constate qu'une personne doit tout de même suivre un certain nombre de traitements. Le prestataire peut en fait mettre fin au processus. C'est un élément qui ne figure pas dans la législation canadienne. Au Canada, on peut envisager les options en matière de traitements, mais on n'est pas obligé de les suivre, et des préoccupations importantes ont été exprimées à l'échelle internationale concernant le décès de personnes dans certains de ces pays.

Je le répète, à l'échelle internationale, l'Association internationale pour la prévention du suicide, l'American Psychiatric Association et la grande majorité des pays n'autorisent pas l'aide médicale à mourir pour la maladie mentale.

• (2200)

L'hon. Kristopher Wells: Pour compléter, les pays que j'ai mentionnés l'autorisent, sous certaines formes. Ne pensez-vous pas que

nous pourrions tirer des leçons importantes, ici au Canada, si l'exclusion venait à être levée, pour mettre en place ces garanties et ces processus réglementaires? Je dis que nous avons des leçons à tirer. Pourquoi ne pourrions-nous pas en appliquer certaines ici au Canada?

Jitender Sareen: Je pense que c'est pour cette raison qu'en 2025, l'American Psychiatric Association a publié un énoncé de principe sur cette question, tout comme l'Académie internationale de recherche sur le suicide.

Sur le plan juridique, le Canada fait figure d'exception parmi les pays qui autorisent l'aide médicale à mourir, les personnes devant se contenter d'envisager les options thérapeutiques sans avoir à les suivre. C'est une différence majeure qui a déjà posé un problème au Canada, mais si l'on autorise l'aide médicale à mourir pour cause de maladie mentale, on en revient à la distinction entre l'aide médicale à mourir, le suicide et les troubles mentaux.

Encore une fois, il n'y a pas de consensus sur ce sujet, et les lignes directrices internationales ne vont pas vraiment dans ce sens.

Le vice-coprésident (L'hon. Pierre Dalphond): Merci beaucoup à nos témoins. Je sais que nous vous avons fait attendre plus longtemps que prévu, mais soyez assurés que nous vous en sommes très reconnaissants.

Je tiens à remercier nos témoins, l'équipe d'interprétation, tout le personnel qui nous assiste ce soir et vous tous pour votre collaboration. Grâce à la collaboration de tous, nous avons pu y arriver, malgré quelques ajustements.

Demain soir, nous ne nous réunirons pas dans cette salle, mais à l'étage inférieur, dans la salle 025-B, ici dans l'édifice de l'Ouest. Assurez-vous de venir au bon endroit.

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>