



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

45<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 1<sup>re</sup> SESSION

---

# Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

TÉMOIGNAGES

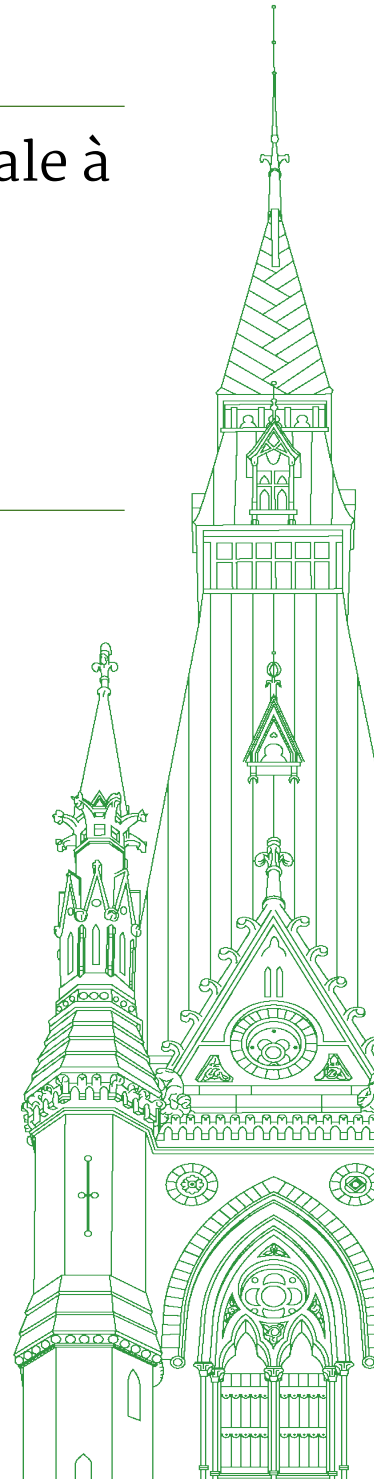
**NUMÉRO 007**

**PARTIE PUBLIQUE SEULEMENT - PUBLIC PART ONLY**

Le mardi 5 mai 2026

---

Coprésidents : Marcus PowlowskiYonah Martin





## Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

Le mardi 5 mai 2026

• (1835)

[Traduction]

**Le coprésident (Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.)):** La séance est ouverte.

Bienvenue à la septième réunion du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir.

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

La réunion d'aujourd'hui se déroule sous forme hybride, conformément au Règlement. Des membres du Comité sont présents dans la salle et d'autres participent à distance à l'aide de l'application Zoom. J'aimerais confirmer que les tests de son ont été effectués avec succès.

Avant que nous poursuivions, je demanderais à tous les participants dans la salle de consulter les consignes figurant sur les cartes qui se trouvent sur la table.

J'aimerais formuler quelques observations à l'intention des témoins et des membres du Comité.

Veuillez attendre que je vous nomme avant de prendre la parole. Les personnes qui participent par vidéoconférence doivent cliquer sur l'icône du microphone pour activer leur micro et elles sont priées de le mettre en sourdine lorsqu'elles ne parlent pas.

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

Je vous rappelle que tous les commentaires doivent être adressés à la présidence.

Pour les membres du Comité présents dans la salle, si vous souhaitez prendre la parole, veuillez lever la main. Je demande à ceux qui participent sur Zoom de bien vouloir utiliser la fonction « Lever la main ». Le greffier et moi-même ferons de notre mieux pour bien gérer l'ordre des interventions, et nous vous remercions de votre patience et de votre compréhension à cet égard.

Avant de commencer, je vous rappelle que, pendant la dernière heure, nous nous réunirons à huis clos, afin de donner des instructions à nos analystes pour la rédaction de notre rapport.

Nous souhaitons maintenant la bienvenue à nos témoins d'aujourd'hui. Ils nous rejoignent tous depuis les Pays-Bas.

Je crois que vous avez une équipe qui va venir ici pour la Coupe du Monde. D'ici à ce que nous nous affrontions réellement sur le terrain, nous sommes amis.

J'aimerais souhaiter la bienvenue au Dr Jim van Os, professeur de psychiatrie; au Dr Wilbert van Rooij, également psychiatre; et au Dr Sisco van Veen, lui aussi psychiatre. Je m'excuse, mais ce sont les seules informations qui nous ont été communiquées à votre sujet.

Essayez de conclure votre intervention en cinq minutes ou moins. Je lèverai une feuille — je ne sais pas si vous pourrez la voir — lorsqu'il vous restera environ 30 secondes.

Pour commencer, nous invitons le Dr van Os à prendre la parole pendant cinq minutes. Je vous en prie.

**Dr. Jim van Os (professeur de psychiatrie, à titre personnel):** Merci beaucoup, mesdames et messieurs les membres du Comité, de m'avoir invité.

Je suis professeur de psychiatrie au Centre médical de l'Université d'Utrecht et je suis membre du King's College de Londres. Je conseille le gouvernement néerlandais sur la transition en cours dans nos services de santé mentale. À ce titre, je dirige des tests sociaux portant sur une nouvelle forme de soins en santé mentale, qui vont dans le même sens que la question dont est saisi ce comité.

À mon avis, l'expérience néerlandaise devrait servir de mise en garde pour le Canada. Pendant 20 ans, notre loi sur l'euthanasie a largement laissé de côté les cas psychiatriques. Cependant, au cours de la dernière décennie, un petit groupe d'organisations et de médecins militants a mis en place une pratique, grâce à des campagnes médiatiques soutenues. En 2024, le centre d'expertise néerlandais sur l'euthanasie a reçu environ 5 000 demandes, dont environ 1 000 pour des motifs psychiatriques. Chez les moins de 30 ans, les demandes sont passées d'environ 30 par an à près de 900 en six ans, et le nombre d'euthanasies pratiquées a quintuplé. Cette tendance a été largement interprétée comme un effet dit de contagiosité du suicide, qui est amplifié par les institutions mêmes qui devraient en empêcher la propagation.

Il s'agit d'un écart que ce comité devrait peut-être garder à l'esprit. En vertu de la législation néerlandaise, les médecins doivent s'entendre sur le fait qu'il n'existe aucune autre option raisonnable. L'euthanasie est, en principe, le tout dernier recours. La législation canadienne ne fonctionne pas de cette manière. Au Canada, le choix du patient l'emporte sur le jugement professionnel du médecin. Ainsi, un médecin ne peut exiger que d'autres options soient d'abord envisagées. À notre avis, cette seule différence fera que les chiffres canadiens dépasseront les nôtres.

En 2024, le Comité des Nations unies des droits des personnes handicapées a fait des mises en garde contre la pratique néerlandaise, la jugeant dangereuse. Les personnes en situation de handicap psychosocial ont le droit fondamental d'être protégées contre une mort prématurée. L'euthanasie pour cause de souffrances psychiques ne peut être clairement distinguée du suicide assisté par un médecin. Il s'agit, dans de nombreux cas, d'un suicide pratiqué par un psychiatre.

Selon nos travaux de recherche et notre pratique clinique, nous sommes face à un vrai champ de mines.

En matière d'autonomie, la plupart des personnes qui demandent l'euthanasie en raison de souffrances psychologiques sont traumatisées, marginalisées et vivent souvent dans la pauvreté, sans perspectives d'avenir. Par définition, la maladie mentale porte atteinte à l'autonomie. Le fait de qualifier une telle demande d'expression libre d'un choix revient à ignorer la réalité de la souffrance.

En matière de discrimination, l'argument selon lequel le refus de l'euthanasie pour cause de souffrance psychique serait discriminatoire assimile ce type de souffrance à un cancer en phase terminale. Il s'agit là d'une fausse équivalence. Un cancer avec un pronostic de deux mois est une maladie linéaire et progressive. La souffrance psychique ne l'est pas. Le rétablissement est possible, souvent de manière inattendue, grâce aux relations humaines, à un projet de vie, à un travail épanouissant et aux liens tissés avec une autre personne, voire un animal. Le mouvement pour le rétablissement mené par des patients insiste sur le fait que celui-ci est possible pour tous. La plasticité est la règle.

En ce qui concerne les critères, les cliniciens ne s'accordent pas sur les notions d'irréversibilité, de futilité ou de capacité de discernement. Le résultat s'apparente à une loterie. Que vous bénéficiiez d'une prise en charge visant à prévenir le suicide ou que vous receviez une injection létale dépend du clinicien auquel vous vous adressez.

Sur le fond, des analyses néerlandaises récentes montrent que bon nombre des personnes qui ont recours à l'euthanasie sont des femmes ayant subi des traumatismes non traités. Leurs dynamiques autodestructrices inconscientes se concrétisent lors de l'intervention. Le psychiatre se retrouve ainsi malgré lui face à une conséquence fatale. Tuffrey-Wijne et ses collègues décrivent comment, aux Pays-Bas, les personnes présentant des traits du spectre de l'autisme font de plus en plus souvent l'objet d'une euthanasie pour ce qui est, à la base, une souffrance sociale formulée en termes médicaux. L'intervention devrait être d'ordre social et existentiel. Elle ne devrait pas être mortelle.

La psychiatrie revendique pouvoir à la fois empêcher un patient de se suicider et en aider un autre, qui éprouve le même type de souffrance, à mettre fin à ses jours. Cela n'est pas cohérent. Il ne s'agit pas d'autonomie. Ce n'est pas une mesure non discriminatoire. C'est une contradiction au cœur même de notre profession.

● (1840)

Mon message au Canada est le suivant: ne vous engagez pas dans cette voie. Les données probantes ne sont pas là. L'Organisation des Nations unies, l'Association internationale pour la prévention du suicide et notre expérience sur le terrain pointent tous dans la même direction. Les essais que nous avons menés aux Pays-Bas ouvrent une autre voie, celle de soins qui favorisent la continuité relationnelle, l'espoir et le sentiment d'appartenance. C'est ce sys-

tème-là qu'il faut mettre en place, et non des procédures menant à la mort.

Merci.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci, docteur van Os.

C'est maintenant au tour du Dr van Rooij. Je vous en prie.

**Dr. Wilbert van Rooij (psychiatre, à titre personnel) :** Merci, monsieur le président.

Mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie de m'avoir invité. Je suis un psychiatre néerlandais. Depuis près de 30 ans, je travaille auprès de personnes atteintes de troubles psychiatriques graves. Au cours de cette période, j'ai constaté une dégradation constante des services de santé mentale aux Pays-Bas, en particulier pour les personnes souffrant des pathologies les plus complexes. Cette situation aggrave le désespoir et peut contribuer à susciter un désir de mourir chez certains patients.

Depuis la légalisation de l'euthanasie en 2002, l'euthanasie ou l'aide médicale à mourir pour troubles mentaux s'est progressivement généralisée aux Pays-Bas. Cette tendance s'est rapidement accélérée au cours des dernières décennies.

Dans mon cabinet, je rencontre désormais davantage de patients vulnérables, souvent relativement jeunes, qui pourraient en principe être soignés. Cependant, ils demandent l'euthanasie parce que les soins opportuns et adéquats dont ils auraient besoin ont été supprimés pour des raisons politiques et économiques. Parallèlement, un petit groupe de médecins militants a adopté une approche de plus en plus permissive à l'égard de l'aide médicale à mourir, souvent justifiée par des arguments d'autonomie et de compassion.

En 2024, avec plusieurs collègues, j'ai tiré la sonnette d'alarme quant à l'interprétation très large qui est faite des critères juridiques de diligence dans les cas psychiatriques. Les débats qui en ont résulté ont révélé de profondes divisions et un manque de consensus parmi les psychiatres néerlandais.

Je m'exprime aujourd'hui, par compassion et par sens des responsabilités, pour mettre en garde contre les dangers que posent les lacunes structurelles dans le domaine des soins de santé mentale et les convictions idéologiques qui commencent à influencer les décisions de vie ou de mort concernant certaines des personnes les plus vulnérables de notre société. Permettez-moi d'illustrer cela par une histoire plus ancienne que n'importe laquelle de nos lois.

Lorsque le héros grec Ulysse reprit enfin le chemin de son pays, il était épuisé et blessé après des années de guerre à Troie. À la fin de son parcours, il dut faire face aux sirènes, dont les chants lui promettaient la paix et la fin de ses souffrances. Il savait que s'il s'était laissé aller à les écouter, il aurait péri. Il a donc demandé à son équipage de l'attacher au mât de son navire, non pas parce qu'il était faible, mais parce qu'il comprenait que l'envie d'échapper à la douleur peut atteindre son paroxysme précisément au moment où le jugement est le plus fragile.

En tant que clinicien, cette image me revient à l'esprit lorsqu'il est question d'euthanasie pour des patients psychiatriques. J'ai côtoyé de nombreuses personnes qui sont épuisées à la manière d'Ulysse, usées par une dépression chronique, un traumatisme ou des troubles de la personnalité. Lorsqu'elles me disent: « Je ne veux plus vivre », dans la plupart des cas, elles ne demandent pas à mourir. Ce qu'elles souhaitent souvent, c'est que leur souffrance cesse, que leur vie reprenne un sens et qu'on ne les abandonne pas.

Pour les médecins, la question centrale devrait être « Avons-nous suivi toutes les étapes? », plutôt que « Y a-t-il encore de l'espoir? ». La souffrance se transforme alors en quelque chose à évaluer, à documenter et, en fin de compte, à valider par la mort.

L'euthanasie pour troubles mentaux concerne de plus en plus souvent des jeunes atteints de troubles dont l'évolution est variable dans le temps. Il ne s'agit pas de maladies en phase terminale, mais de vies dont le parcours est incertain. L'euthanasie exige une certitude: celle d'une souffrance irrémédiable. En psychiatrie, cette certitude est souvent une illusion. De plus, la vulnérabilité n'est pas répartie de manière uniforme. Aux Pays-Bas, les femmes, les jeunes adultes et les personnes ayant des antécédents de traumatismes, d'autisme, de déficience intellectuelle ou de troubles de la personnalité sont surreprésentés parmi ceux qui demandent et obtiennent l'euthanasie pour troubles mentaux. Il s'agit souvent de personnes dont l'agentivité a été érodée par leurs expériences de vie. Il est cliniquement naïf de qualifier cela d'autonomie pure.

En tant que psychiatre, j'ai appris à supporter le désespoir, sans pour autant l'approuver, ainsi qu'à rester présent tout en disant: « Je ne connais pas encore la réponse, mais je ne vous abandonnerai pas. » Cette attitude n'est pas du paternalisme. C'est de la loyauté. C'est ce qui a permis à Ulysse de rester en vie jusqu'à ce que le chant des sirènes arrête de se faire entendre.

• (1845)

Le Canada se trouve aujourd'hui face à un dilemme tout aussi délicat. Si l'on étend l'euthanasie aux souffrances liées à des troubles mentaux, on ne se contentera pas d'ajouter une option. On redessinerait le paysage moral des soins.

Ce qui est demandé aux cliniciens, c'est de décider non seulement quand la vie ne peut plus être sauvée, mais aussi quand elle ne devrait plus se poursuivre. C'est un fardeau que la psychiatrie n'est pas apte à porter.

Je vous invite à prendre le temps d'écouter non seulement les arguments juridiques, mais aussi les témoignages issus de la pratique clinique, ceux qui ont vu les mesures de précaution s'affaiblir, les critères s'assouplir et la procédure se substituer à la présence humaine.

Se lier au mât n'est pas un acte de cruauté. C'est parfois l'acte le plus humain qui soit. Je vous prie de ne pas demander aux psychiatres et aux médecins de se transformer en sirènes pour ceux qui ont besoin de notre compassion, de nos soins et de notre protection.

Merci, monsieur le président.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci, docteur van Rooij.

Docteur van Veen, vous disposez de cinq minutes. Je vous en prie.

**Dr. Sisco van Veen (psychiatre, à titre personnel):** Merci de m'avoir invité.

Je m'appelle Sisco van Veen. Je suis psychiatre aux Pays-Bas et j'ai de l'expérience dans l'évaluation des demandes d'aide médicale à mourir de personnes ayant des troubles mentaux.

En tant qu'éthicien empirique, j'étudie depuis 10 ans l'aide médicale à mourir en cas de souffrances liées à des troubles mentaux, et je suis actuellement responsable du groupe de recherche en psychiatrie palliative au Centre médical universitaire d'Amsterdam. J'ai aussi un poste de chercheur dans notre centre national de prévention

du suicide, et je préside le comité mandaté par l'Association néerlandaise de psychiatrie pour actualiser les lignes directrices cliniques concernant l'aide médicale à mourir liée à des troubles mentaux.

J'ai suivi de près le débat au Canada ces dernières années, mais je tiens à préciser que, selon mon expérience, il est pratiquement impossible de maintenir une compréhension détaillée du contexte juridique, culturel et éthique d'un autre pays sur ce sujet, car ce dernier évolue constamment. Je consacrerai le reste de mon intervention à la situation néerlandaise et aux leçons universelles que l'on peut en tirer.

L'aide médicale à mourir en cas de souffrances liées à des troubles mentaux est légale aux Pays-Bas depuis plusieurs décennies. Elle a d'abord été basée sur la jurisprudence, puis elle a été codifiée en loi en 2002. Nos premières lignes directrices sur l'aide médicale à mourir liée à des troubles mentaux remontent à 1998 et décrivent une procédure d'évaluation rigoureuse. Toutefois, dans la pratique clinique, elle reste extrêmement rare. On a enregistré de zéro à cinq cas seulement chaque année, et la question ne semblait pas préoccuper beaucoup les patients et les cliniciens.

Cette situation a changé vers 2010, lorsque la possibilité de demander l'aide médicale à mourir en cas de souffrances liées à des troubles mentaux est devenue plus visible. Quelques années plus tard, le Centre d'expertise sur l'euthanasie, le CEE, a été créé et est rapidement devenu le centre vers lequel la plupart des patients ayant des demandes d'aide médicale à mourir liée à des troubles mentaux étaient orientés.

Par la suite, on a constaté que le nombre de cas a commencé à croître d'environ 8 % par année jusqu'en 2024. Il s'agit d'une hausse importante, mais il est aussi important de noter que l'aide médicale à mourir liée à des troubles mentaux reste relativement rare, représentant environ 2 % de l'ensemble des cas d'aide médicale à mourir.

Cette augmentation a entraîné de longues listes d'attente au CEE, ce qui a poussé un petit groupe de psychiatres favorables à l'aide médicale à mourir à chercher à en accroître la visibilité et à encourager leurs collègues à pratiquer plus souvent l'aide médicale à mourir liée à des troubles mentaux.

Selon moi, cela a principalement provoqué une forte résistance parmi les professionnels néerlandais de la santé mentale, ce qui a favorisé une contre-réaction virulente et également publique, accentuant encore la polarisation. Cette dynamique a envenimé le débat et a peut-être contribué à la baisse de 21 % des cas d'aide médicale à mourir liée à des troubles mentaux constatée en 2025, ce qui, en soi, ne peut évidemment pas être considéré comme une mauvaise chose.

De concert avec différents groupes d'intervenants, dont l'Association néerlandaise de psychiatrie et la Fédération néerlandaise des patients, nous travaillons actuellement à réorienter le discours aux Pays-Bas vers une discussion plus nuancée et constructive. Cela est important, car de nombreux défis cliniques et éthiques nécessitent une attention continue. Je serai heureux d'en discuter davantage avec vous si vous le souhaitez.

J'aimerais poursuivre en parlant de ma perspective plus générale et morale sur l'aide médicale à mourir liée à des troubles mentaux. Fort d'une décennie d'expérience clinique et de recherche, j'en arrive à la conclusion suivante. Bien que le respect de l'autonomie soit une justification fondamentale de l'aide médicale à mourir, la compassion est encore plus importante. C'est pourquoi je considère difficile de justifier l'exclusion des patients souffrant de troubles mentaux, dont la souffrance peut être immense ou, autrement dit, insupportable.

Je pense effectivement que l'aide médicale à mourir pour souffrance en phase terminale est fondamentalement différente de l'aide médicale à mourir pour souffrance chronique. L'aide médicale à mourir en cas de maladie en phase terminale permet d'éviter une mort atroce, tandis que l'aide médicale à mourir en cas de maladie chronique peut être vue comme un moyen de mettre fin à une vie insupportable. Ces deux situations nécessitent des approches distinctes en matière de diligence raisonnable, et je considère que votre système à deux volets reflète mieux cette réalité que notre système néerlandais, qui ne fait pas cette distinction.

Je crois aussi que l'aide médicale à mourir devrait être accessible aux personnes souffrant de maladies chroniques, car, par définition, ce n'est pas la mort qui mettra fin à une souffrance qui n'est pas en phase terminale. Bien que je perçoive plusieurs différences entre souffrance physique chronique et souffrance liée à des troubles mentaux, ces différences ne me paraissent pas suffisantes pour justifier une exclusion totale des patients ayant des troubles mentaux. L'incertitude quant au caractère irréversible est un défi majeur dans presque tous les cas de souffrance liée à des troubles mentaux, mais elle peut poser un problème pour certaines formes de souffrance physique chronique.

Je dirais également qu'une approche rétrospective du caractère irréversible convient mieux aux patients ayant des troubles mentaux et une maladie physique chronique. Cela signifie que l'on ne demande pas au médecin de juger qu'un patient ne se rétablira jamais, mais plutôt d'évaluer, avec le patient, si ce dernier a assez souffert.

Pour finir, je souhaiterais dire un mot sur la dynamique des médias.

• (1850)

D'après mon expérience, les médias et les réseaux sociaux jouent un rôle profond et polarisant dans les débats entourant l'aide médicale à mourir pour troubles mentaux. Cela m'inquiète beaucoup. Pour de larges groupes dans nos deux pays, ce n'est pas une question purement théorique ou éthique. C'est un débat qui concerne les préoccupations concrètes de personnes en situation de vulnérabilité. Ces personnes méritent que nous restions ouverts à leurs points de vue et que nous nous engagions dans un débat respectueux, responsable et constructif.

Je vous remercie de m'avoir invité à contribuer à cette conversation.

Je serai heureux de répondre à toutes vos questions.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci à tous les témoins.

Nous allons commencer la première période de questions avec Mme Jansen, pour cinq minutes.

**Tamara Jansen (Cloverdale—Langley City, PCC):** Non, je crois que c'est M. Cooper.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Vous avez raison. C'est M. Cooper. J'étais complètement dans l'erreur.

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

Je vais commencer avec le Dr van Os.

La professeure Jocelyn Downie, de Mourir dans la dignité Canada, a affirmé devant ce comité que, si l'élargissement de l'aide médicale à mourir aux personnes ayant des troubles mentaux est retardé ou suspendu indéfiniment, des personnes se suicideront, ce qui laisse supposer que l'aide médicale à mourir pour troubles mentaux réduirait les taux de suicide. Or, les données empiriques ne démontrent pas cela, n'est-ce pas?

**Dr. Jim van Os:** Vous avez raison. Au niveau de la population, il n'existe ni corrélation ni corrélation inverse entre les taux d'euthanasie et de suicide dans divers pays ayant des niveaux différents de ces deux pratiques. De même, individuellement, il n'est pas possible d'affirmer que l'euthanasie est nécessaire pour prévenir le suicide, car même parmi les patients qui demandent l'euthanasie, le taux de suicide est très faible. Le nombre nécessaire à traiter est de 10, et le nombre nécessaire pour provoquer un préjudice est de 9, ce qui signifie que 10 jeunes doivent subir une euthanasie pour prévenir un suicide, tandis que 9 meurent sans qu'aucun effet préventif soit atteint.

• (1855)

**Michael Cooper:** Autrement dit, une telle démarche entraînerait bien davantage de décès qu'elle ne pourrait sauver de personnes.

**Dr. Jim van Os:** Oui, c'est exact. J'ai publié ce résultat dans le *British Psychiatric Bulletin* le mois dernier.

**Michael Cooper:** Pour ce qui est de l'expérience néerlandaise, vous avez noté ces dernières années une hausse substantielle des cas de demande d'aide médicale à mourir où la maladie mentale est le seul problème de santé sous-jacent. Vous aviez mentionné que le nombre de cas avait quintuplé. Est-ce exact?

**Dr. Jim van Os:** Cette augmentation concerne la tranche d'âge des moins de 30 ans.

Depuis 2020, il y a eu une augmentation de 200 % des cas d'euthanasie pour troubles mentaux, contre une hausse de 40 % de l'ensemble des cas d'euthanasie aux Pays-Bas.

**Michael Cooper:** Un nombre disproportionné de ces cas concerne des femmes. Ai-je bien compris?

**Dr. Jim van Os:** Oui. Ce phénomène est observé dans de nombreux pays. Les femmes sont beaucoup plus susceptibles que les hommes de demander l'euthanasie pour des troubles mentaux.

**Michael Cooper:** Malgré l'augmentation du nombre de demandes d'aide médicale à mourir, le taux de suicide chez les femmes, en particulier les jeunes femmes, a augmenté, et non diminué, aux Pays-Bas. Est-ce exact?

**Dr. Jim van Os:** C'est exact, oui. La tendance est à la hausse plutôt qu'à la baisse.

**Michael Cooper:** Merci.

Je m'adresse maintenant au Dr van Rooij.

Vous avez mentionné que la vulnérabilité n'est pas répartie uniformément, et que les femmes, les jeunes adultes, ainsi que les personnes ayant des antécédents de traumatismes, d'autisme ou de troubles de la personnalité sont surreprésentés parmi ceux qui sollicitent l'aide médicale à mourir et qui ont comme seul problème de santé sous-jacent des troubles mentaux. Pourriez-vous détailler l'expérience des Pays-Bas concernant les populations vulnérables?

**Dr. Wilbert van Rooij:** Oui. Merci, monsieur le député, pour cette question très importante.

Des études ont été réalisées par des organismes officiels créés par le gouvernement, qui tiennent des statistiques sur les personnes qui sont euthanasiées uniquement pour des motifs médicaux. Comme je l'ai mentionné, un grand nombre de patients qui ont recours à l'euthanasie appartiennent à certains groupes, principalement des femmes, et notamment des jeunes femmes. Le nombre de patients autistes est en augmentation. Aux Pays-Bas, une proportion importante de patients autistes demandent et obtiennent l'euthanasie.

Une autre inquiétude découle des recherches britanniques de la professeure Tuffrey-Wijne à Londres, qui a révélé que, dans de nombreux cas, même la déficience intellectuelle ne constitue plus un critère d'exclusion pour obtenir l'euthanasie. Cela est préoccupant, car les justifications fournies par les médecins pour ces euthanasies sont elles-mêmes assez inquiétantes.

La professeure Tuffrey-Wijne, qui est d'origine néerlandaise d'ailleurs, a été choquée en lisant les rapports de l'organisme chargé de superviser les euthanasies. Elle a notamment déclaré que de nombreux patients reçoivent l'euthanasie non pas en raison d'un problème de santé, mais principalement à cause de leur situation sociale, ou de problèmes comme un découragement extrême ou une intégration sociale défailante.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci, docteur Rooij. Le temps pour cette série de questions est écoulé.

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

[Français]

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

Je suis heureux d'avoir la chance de prendre la parole.

Avant de poser mes questions aux témoins, j'aimerais juste vous poser une question. Peut-être que le greffier pourra aussi y répondre.

Plus tôt aujourd'hui, j'ai reçu une lettre que la ministre de la Santé et ministre responsable des Aînés et des Proches aidants a écrite à son homologue fédérale. Dans cette lettre, elle conclut que le Québec n'est pas en faveur de l'élargissement de l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes dont le trouble mental est le seul problème médical invoqué. On peut y lire: « Enfin, la difficulté de poser le bon diagnostic de trouble mental, ainsi que les inquiétudes émises par plusieurs professionnels de la santé et des services sociaux quant à la complexification potentielle de la relation thérapeutique avec leurs patientes et patients si l'AMM était élargie au seul trouble mental, sont aussi des préoccupations soulevées dans le rapport. »

Est-ce que cette lettre va faire partie des témoignages qui seront considérés par ce comité?

• (1900)

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Peut-être que l'analyste peut répondre à votre question.

**Le cogreffier du Comité (Jean-François Lafleur) :** Merci, monsieur le président.

C'est une lettre que nous avons reçue lundi, et elle est en français. Elle va être traduite selon les règles que le Comité s'est données, puis elle sera distribuée à chacun de ses membres; il leur appartiendra de décider ce qu'ils en font.

**L'hon. Greg Fergus:** J'aimerais savoir si cette lettre sera considérée comme faisant partie des témoignages que nous aurons reçus ou des documents que nous pourrions citer dans le cadre de la rédaction du rapport.

**Le cogreffier (Jean-François Lafleur):** C'est une lettre qui a été reçue en réaction à la motion de Mme Jansen, qui a été adoptée et qui ordonnait la production de documents. Cette lettre a été reçue en réponse à cet ordre. Encore une fois, la lettre sera traduite et, si le Comité juge à-propos de l'inclure, il pourra le faire, évidemment.

**L'hon. Greg Fergus:** D'accord. Merci beaucoup.

[Traduction]

Merci à nos témoins aujourd'hui. J'ai quelques questions.

Docteur van Os, vous avez tenu des propos très catégoriques, notamment lorsque vous avez dit que la question sur laquelle nous nous penchons équivaut à un suicide pratiqué par un psychiatre. Pourriez-vous, compte tenu de votre expérience aux Pays-Bas, expliquer pourquoi vous considérez cette affirmation comme juste, ou bien s'agit-il d'une exagération?

**Dr. Jim van Os:** Ce n'est pas une affirmation catégorique. C'est en fait une formulation bien connue du problème. Dans la pratique clinique, il est souvent pratiquement impossible de distinguer entre le symptôme suicidaire et le désir de mourir exprimé par une demande d'euthanasie.

L'Association internationale pour la prévention du suicide a essayé de formuler un énoncé pour guider les cliniciens à faire la distinction entre le désir de mourir en tant que symptôme d'une maladie mentale et un désir de mourir exprimé rationnellement dans une demande d'euthanasie. De tels cas existent en théorie, mais dans la pratique clinique, il est très difficile de faire une distinction entre les deux.

Par conséquent, il arrive souvent que des personnes souffrent et expriment un désir de mourir lié à leur souffrance mentale, qui est attribuable à un trouble psychiatrique. Elles obtiennent l'euthanasie, et c'est donc le médecin qui pratique ce suicide. Il ne s'agit pas d'une affirmation catégorique, mais d'une formule reconnue internationalement pour caractériser la question qui nous occupe.

**L'hon. Greg Fergus:** Il me reste très peu de temps.

Docteur Rooij, vous avez mentionné le cas des Pays-Bas, où cette possibilité existe depuis environ 30 ans. Vous avez souligné que les services de santé mentale ne sont pas répartis équitablement, ce qui peut influencer la capacité à établir la preuve du caractère irrémédiable.

Pourriez-vous nous en dire davantage à ce sujet, selon l'expérience néerlandaise?

**Dr. Wilbert van Rooij:** Merci pour cette question très importante. En substance, il s'agit davantage d'un enjeu politique que d'un enjeu médical.

Ce dont j'ai été témoin, au cours des 30 dernières années, c'est que les soins psychiatriques, en particulier pour les personnes les plus gravement touchées par la souffrance psychique — comme la population que j'ai mentionnée plus tôt, à savoir les personnes atteintes d'autisme ou de troubles de la personnalité et celles ayant vécu des traumatismes —, ont été réduits de façon sélective aux Pays-Bas.

Notre système de santé, qui est un système commercial, est géré par des compagnies d'assurance de soins de santé. Pour ces dernières, la prise en charge des patients atteints de troubles psychotiques les plus graves n'est pas très rentable.

Au cours des 15 dernières années, ces soins ont été considérablement réduits aux Pays-Bas. Les patients que je pouvais soigner de manière tout à fait adéquate et efficace il y a 20 ans poirotent aujourd'hui sur des listes d'attente qui ne cessent de s'allonger aux Pays-Bas. De nombreux patients viennent me voir, ou parfois même leurs parents ou des membres de leur famille, en me disant: « Si ce système ne peut pas fournir de soins adéquats à mon proche, je vous demande au moins, en tant que médecin travaillant au sein de ce système, de pouvoir pratiquer l'euthanasie sur cette personne, sur ce membre de la famille, car vous ne pouvez plus lui prodiguer aucun soin. »

Comme vous pouvez l'imaginer, cela provoque un stress moral considérable chez les psychiatres néerlandais. Cela a eu un impact considérable sur bon nombre des psychiatres avec lesquels je m'entretiens quotidiennement. Ils se montrent très réticents et très méfiants face à ce qui se passe actuellement dans notre pays.

Il faut bien comprendre que des gens meurent aujourd'hui, alors qu'ils auraient pu être soignés assez efficacement il y a 10 ou 20 ans. J'ai d'ailleurs prodigué moi-même de tels soins. C'est vraiment dommage.

• (1905)

**L'hon. Greg Fergus:** Merci.

[Français]

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Madame DeBellefeuille, c'est maintenant à votre tour. Je vois que vous êtes assise de l'autre côté de la table, ce soir. Auriez-vous changé de parti?

**Claude DeBellefeuille (Beauharnois—Salaberry—Soulanges—Huntingdon, BQ):** C'est juste pour ce soir.

**Des voix:** Ha, ha!

**Claude DeBellefeuille:** Merci, monsieur le président.

Permettez-moi de faire un commentaire.

J'ai apprécié les témoignages de nos invités, mais je trouve ça curieux que nous puissions recevoir des psychiatres qui viennent des Pays-Bas, alors que nous n'avons pas pu recevoir les représentants de l'Association des psychiatres du Canada pour leur poser des questions. Je ne suis pas une membre permanente du Comité, mais je dois vous dire sincèrement que j'ai de la misère à comprendre que nous discutons avec des gens des Pays-Bas, alors que nous ne pouvons pas poser des questions à nos propres psychiatres, qui ont une opinion. Je me questionne sur la responsabilité des représentants de la présidence ou des greffiers quant au fait que nous ne les

avons pas entendus, alors que l'étude se termine ce soir. Permettez-moi de vous dire, monsieur le président, que c'est inacceptable, selon moi.

[Traduction]

**Tamara Jansen:** J'invoque le Règlement. J'aimerais que nous reconnaissons que nous avons entendu de nombreux psychiatres et associations de psychiatres.

[Français]

**Claude DeBellefeuille:** Est-ce que vous me donnez la parole, monsieur le président?

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Vous avez encore la parole.

**Claude DeBellefeuille:** Ce n'est pas parce qu'on entend le témoignage de 10 000 psychiatres que c'est une raison de ne pas entendre celui de l'Association canadienne des psychiatres. Je le dis sincèrement: je trouve ça complètement inacceptable.

J'aimerais maintenant poser une question au Dr van Veen.

Je crois profondément au droit de la personne de décider pour elle-même le degré de souffrance qu'elle veut vivre. On sait que des personnes sont soignées et médicamentées, mais contraintes à souffrir toute leur vie, parce que la psychiatrie et le soutien communautaire n'enlèveront pas leur souffrance. Si, ce soir, on décidait de mettre fin à la capacité de demander l'aide médicale à mourir pour les gens qui ont un trouble mental, on ferait de la discrimination. On rejeterait une partie des personnes qui ont des droits, parce qu'on juge, en l'absence d'un consensus clinique, qu'elles n'ont pas les mêmes droits que quelqu'un qui a une maladie chronique incurable ou quelqu'un qui est atteint d'une maladie comme l'Alzheimer et qui fait ses demandes anticipées au Québec. Je trouve ça un peu inacceptable, monsieur le président.

À cet égard, j'ai apprécié le témoignage du Dr van Veen, qui pense, selon ce que j'ai compris, que ce ne serait pas la meilleure des idées que de retirer ce droit, parce qu'il y a des gens qui ont un trouble mental, qui ont le droit de décider pour eux-mêmes et qui ont la capacité de le faire. Si j'ai bien compris, docteur van Veen, actuellement, il y a des gens qui sont condamnés à souffrir toute leur vie et à recevoir des soins palliatifs psychiatriques en fin de vie. Il me semble que, en 2026, on a le devoir d'offrir à ces gens une option. Ils ont le droit de décider qu'ils ont assez souffert et de prendre la décision qui les concerne.

Êtes-vous d'accord, docteur van Veen, sur mon hypothèse selon laquelle il y a des personnes que nous n'arriverons jamais à soustraire à la souffrance dans laquelle elles vivent?

[Traduction]

**Dr. Sisco van Veen:** Merci pour vos commentaires et votre question.

Je suis d'accord pour dire que l'aide médicale à mourir pour troubles mentaux devrait être accessible à un petit groupe de patients. Je pense certes qu'il existe des différences entre la souffrance liée aux troubles mentaux et la souffrance physique, mais je ne pense pas que ces différences soient suffisamment fondamentales ni qu'il n'y ait absolument aucun chevauchement pour justifier une interdiction totale de l'aide médicale à mourir pour des raisons de troubles mentaux.

Je pense effectivement que nous avons besoin de critères de diligence raisonnables différents, mais j'ai pris connaissance de certains documents provenant du Canada qui me donnent l'assurance que vous vous préparez à cela.

• (1910)

[Français]

**Claude DeBellefeuille:** Je vais vous donner un exemple, docteur van Veen.

Dans leur rapport, les experts disent que les moins de 30 ans ne seraient pas autorisés à faire une demande d'aide médicale à mourir. Ce n'est pas parce qu'on fait la demande qu'on est admissible. Au Québec, par exemple, tous ceux qui ont une déficience intellectuelle diagnostiquée n'ont pas accès à l'aide médicale à mourir. Il y a des limites et des critères qui sont utilisés, et je crois sincèrement qu'on n'arrivera jamais à un consensus entre tous les psychiatres, mais il est question ici de la conservation d'un droit à l'autodétermination.

Êtes-vous d'accord sur le fait que les membres de la communauté scientifique pourraient s'entendre sur des critères assez restrictifs, afin de pouvoir soutenir une personne schizophrène, par exemple, qui, après 25 ans de souffrance et de traitements, arrive à la conclusion qu'elle ne veut pas mourir dans des conditions qu'elle juge complètement inacceptables, et sur le fait que cette personne a le droit de décider pour elle-même?

Est-ce qu'on peut trouver des critères qui permettraient à ces types de personnes d'obtenir ce qu'elles désirent?

[Traduction]

**Dr. Sisco van Veen:** Oui, je pense. Je pense que les critères prévus par les législations canadienne et néerlandaise peuvent s'appliquer au type de patient que vous avez décrit.

Je crois qu'il y a un consensus. Des études en cours montrent un niveau d'acceptation relativement élevé de l'aide médicale pour troubles mentaux aux Pays-Bas, mais aussi à l'étranger. Je pense aussi qu'en raison de la polarisation du débat aux Pays-Bas, il existe une majorité silencieuse qui, au fond, est favorable à une option restrictive quant à l'aide médicale à mourir pour troubles mentaux.

Je suis d'accord avec la plupart de vos propos. Je dirais que, dans le système néerlandais actuel, la compassion prime sur le droit à l'autodétermination. L'autodétermination est certes nécessaire, mais elle ne suffit pas à elle seule comme critère. En psychiatrie, notamment en ce qui concerne la souffrance liée aux troubles mentaux, il est particulièrement important de maintenir également les critères relatifs au caractère irrémédiable et insupportable de la situation des personnes.

[Français]

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci, madame DeBellefeuille.

Sénateur Dalphond, vous avez la parole pour trois minutes.

[Traduction]

**L'hon. Pierre Dalphond (sénateur, Québec (De Lorimier), GSI):** .

Merci, monsieur le président.

Merci aux membres du Comité.

Docteur van Veen, en 2024, vous avez été nommé, si je ne m'abuse, à la présidence d'un comité de l'Association néerlandaise de psychiatrie chargé de réviser les lignes directrices relatives aux maladies mentales. Où en êtes-vous dans cette révision?

**Dr. Sisco van Veen:** À l'heure actuelle, nous sommes passés d'une refonte totale à une mise à jour plus progressive, c'est-à-dire une refonte modulaire. Nous venons d'achever la mise à jour des modules consacrés aux deuxièmes avis. La procédure néerlandaise de diligence raisonnable prévoit deux deuxièmes avis. Nous venons de mettre les modules à jour et nous les publierons sous peu.

Nous commençons le prochain cycle de révisions, dont les résultats seront publiés au printemps 2027. Elles porteront sur des groupes de patients spécifiques, comme les jeunes patients ou les patients autistes, ainsi que d'autres groupes.

**L'hon. Pierre Dalphond:** Je comprends que votre travail ne consiste pas à proposer de refuser l'accès à l'aide médicale à mourir, mais a plutôt pour but d'instaurer des lignes directrices plus strictes auxquelles les psychiatres devront se conformer avant de pouvoir accepter de fournir l'aide médicale à mourir à des personnes souffrant de troubles mentaux.

**Dr. Sisco van Veen:** Comme nous n'avons pas encore publié ces lignes directrices, je ne peux pas m'étendre davantage sur leur contenu, et je m'en excuse. Je peux toutefois vous dire que je ne pense pas que nous allons les rendre plus strictes ou plus souples. Il s'agit simplement d'introduire des modalités d'accès différentes dans les procédures de diligence raisonnable, à différents stades du processus, l'objectif étant toujours de trouver un équilibre entre sécurité et accessibilité.

• (1915)

**L'hon. Pierre Dalphond:** Y a-t-il un âge d'exclusion pour les jeunes, par exemple 25 ou 30 ans?

**Dr. Sisco van Veen:** Cette question fait actuellement l'objet de discussions. Nous sommes en train d'étudier ce module. Je ne peux pas vous dire quelles seront les conclusions de ces discussions.

**L'hon. Pierre Dalphond:** Merci.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** La parole va à la sénatrice Martin pour trois minutes.

**L'hon. Yonah Martin (sénatrice, Colombie-Britannique, C):** .

Merci beaucoup, monsieur le président.

Bonsoir, chers collègues.

Un grand merci aux témoins. Je sais qu'il est très tard pour vous, c'est pourquoi nous apprécions vraiment que vous partagiez vos connaissances avec nous.

Je sais que le Dr van Veen a souligné l'importance de mettre l'aide médicale à mourir à la disposition des personnes souffrant de troubles mentaux, et qu'il s'agirait d'un petit groupe, mais d'après ce que vous avez dit, docteur van Os, l'euthanasie liée aux troubles mentaux aux Pays-Bas s'est progressivement banalisée. Puis ce processus s'est accéléré. Les chiffres sont aujourd'hui plus alarmants, un petit groupe de médecins militants ayant contribué à cette accélération.

Pourriez-vous expliquer comment cela s'est passé concrètement? Pourquoi le Canada devrait-il se préoccuper des mises en garde concernant ce qui pourrait se produire si nous envisagions d'élargir l'aide médicale à mourir?

**Dr. Jim van Os:** Merci beaucoup pour cette question. Je pense que ce que l'on souhaite voir se produire dans un pays, c'est que lorsqu'un changement intervient dans la pratique, en particulier dans un domaine comme l'euthanasie, il soit mûrement réfléchi, bien préparé et sécuritaire. Ce qui s'est passé aux Pays-Bas, c'est que la loi, telle qu'elle a été formulée en 2002, a ouvert la voie à toutes sortes d'utilisations qui, à mon sens, n'avaient pas été envisagées au départ.

Ce que vous constaterez avec l'euthanasie, c'est que les praticiens ont souvent des raisonnements très divergents sur ce qu'ils pensent percevoir en matière de souffrance, de caractère irrémédiable, de futilité, d'autonomie, etc. C'est ce que nous avons observé aux Pays-Bas. Si une campagne médiatique parvient à influencer un groupe de médecins qui croient sincèrement suivre leurs instincts de compassion et élargissent ensuite leur pratique, la société n'est pas en mesure de suivre le rythme, ni de contrôler, d'examiner et d'évaluer ce qui se passe.

Face à une question aussi délicate, où il n'y a pas de consensus sur les critères, il ne s'agit pas d'être contre l'euthanasie. Il s'agit de savoir qui est en mesure de gérer l'évolution des opinions concernant ces critères. Par exemple, il faudrait mettre en place un organisme public de surveillance transparent, composé de représentants des milieux du handicap, des soins palliatifs, de la psychiatrie — et, dans votre cas, des communautés autochtones et des personnes ayant une expérience vécue —, et pas seulement des prestataires militants. Aux Pays-Bas, il a également été proposé de créer un comité composé de personnes sages et expérimentées issues de tous les horizons de la société, afin d'assurer une meilleure surveillance et de mener le débat.

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

**Dr. Jim van Os:** C'est ce que nous n'avons pas fait.

Oui, merci beaucoup.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci.

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

**L'hon. Rosemary Moodie (sénatrice, Ontario, GSI):** .

Merci, monsieur le président.

Docteur van Veen, vos recherches actuelles portent sur l'intersection entre la psychiatrie et la mort. Vous étudiez la prévention du suicide, l'aide à mourir en cas de souffrance psychique, la planification des soins de fin de vie chez les patients atteints d'un trouble mental, ainsi que les troubles psychiatriques chez les patients en phase terminale.

Au vu de vos travaux de recherche sur la prévention du suicide, l'aide médicale à mourir et la souffrance liée aux troubles mentaux, quelle est, selon vous, en tant qu'expert dans ce domaine, la relation entre la prévention du suicide et l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux?

**Dr. Sisco van Veen:** Je dirais brièvement que la relation entre les tendances suicidaires et l'aide médicale à mourir pour troubles mentaux est extrêmement complexe. Même le vocabulaire utilisé est complexe. Nous avons toujours considéré le suicide, presque par définition, comme quelque chose de pathologique, mais si vous discutez avec des patients, en particulier ceux qui présentent des tendances suicidaires persistantes, ce qu'ils expriment le plus souvent, c'est qu'ils aspirent à une véritable conversation au sujet de leur dé-

sir de mourir. Ils ne souhaitent pas que les psychiatres ou d'autres médecins y donnent suite immédiatement par le biais d'une protection coercitive sous la forme de l'aide médicale à mourir. Ils souhaitent établir un lien pour parler de leur désir de mourir, sans que celui-ci soit immédiatement balayé d'un revers de main.

Je pense qu'il est irresponsable de qualifier l'aide médicale à mourir de mesure de prévention du suicide, mais il y a eu des cas où des personnes ont demandé l'aide médicale à mourir et se sont vu refuser cette aide, ou encore où le système a pris du retard, et où ces personnes ont fini par se suicider. Cependant, je ne pense pas que cela transparaisse dans les chiffres. Présenter l'aide médicale à mourir comme...

• (1920)

**L'hon. Rosemary Moodie:** Puis-je poser une autre question?

Est-il impossible de faire la distinction entre une demande rationnelle d'aide médicale à mourir et les tendances suicidaires qui peuvent se manifester chez une personne atteinte d'un trouble mental?

**Dr. Sisco van Veen:** Je ne pense pas que ce soit impossible. Je crois que c'est compliqué, mais je pense que nous disposons de lignes directrices cliniques claires. La capacité est un concept, et nous disposons de bonnes règles, reconnues au niveau international, sur la manière de l'établir. Je ne vois aucune raison pour laquelle cela ne serait pas possible pour les patients qui demandent l'aide médicale à mourir. Dans la pratique clinique, cela représente parfois un défi, mais c'est souvent quelque chose que nous pouvons faire.

**L'hon. Rosemary Moodie:** Merci.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci.

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

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

Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins qui sont ici aujourd'hui.

Ma question fait écho à celle que la sénatrice Moodie vient de poser et elle s'adresse au Dr van Veen.

Ce comité a entendu des psychiatres qui ont déclaré qu'il était impossible, dans la pratique clinique, de faire la distinction entre une demande rationnelle d'aide médicale à mourir et les tendances suicidaires pouvant être présentes chez une personne atteinte d'un trouble mental. Vous avez déjà abordé brièvement cela dans votre réponse à la sénatrice Moodie, mais j'aimerais en savoir davantage sur la manière dont cette distinction est gérée aux Pays-Bas.

**Dr. Sisco van Veen:** Dans la pratique clinique, tous les psychiatres sont formés pour évaluer les tendances suicidaires. Il s'agit d'un domaine en constante évolution. Nous reconnaissons aujourd'hui que nous sommes très mauvais pour prédire ces tendances, mais le problème est encore plus fondamental que cela. Je pense que la notion même de tendances suicidaires a son importance, et qu'il n'existe pas de définition consensuelle de ce concept au niveau international.

Il me semble que, dans le contexte canadien, les tendances suicidaires sont assimilées à un désir irrationnel de mourir. Si tel est le cas, si c'est ainsi que nous définissons cela, il est alors possible de distinguer un désir de mourir rationnel ou éclairé d'un désir de mourir non éclairé résultant d'un trouble psychiatrique. Nous disposons de lignes directrices pour ce faire, et les médecins du monde entier sont en mesure de le faire.

**L'hon. Flordeliz (Gigi) Osler:** C'était ma question. Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur ces lignes directrices? Comment les psychiatres aux Pays-Bas font-ils la distinction entre...?

**Dr. Sisco van Veen:** Il y a les critères d'Appelbaum et de Grisso, qui sont bien connus et reconnus à l'échelle internationale, pour orienter l'évaluation de la capacité de discernement. Ces critères sont avant tout d'ordre cognitif: le patient doit donc être capable de prendre une décision, d'expliquer son choix, d'utiliser toutes les informations nécessaires et de les appliquer à sa propre situation.

Aux Pays-Bas, nos lignes directrices relatives à l'aide médicale à mourir comportent des annexes qui prévoient une évaluation de la cohérence émotionnelle de la décision. Dans le contexte particulier des troubles alimentaires, il nous est demandé de vérifier si la décision de choisir la mort n'est pas motivée par des valeurs pathologiques. En résumé, c'est ainsi que nous procédons. Il existe des lignes directrices assez détaillées et exhaustives sur la manière de procéder.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci.

Nous donnons la parole à M. Wells pour trois minutes.

• (1925)

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

J'ai une petite question à poser à M. van Veen.

Avez-vous eu l'occasion de consulter les recommandations cliniques canadiennes qui ont été élaborées? Si oui, auriez-vous des commentaires à faire à ce sujet, en tant qu'expert?

**Dr. Sisco van Veen:** Oui, mais il y a beaucoup de recommandations. J'ai parcouru les 20 pages de recommandations publiées l'année dernière, qui s'appuient sur l'étude Delphi. Je trouve qu'elles sont assez complètes et assez proches de nos recommandations néerlandaises. Il y a quelques petites différences, mais je pense qu'elles sont assez exhaustives.

**L'hon. Kristopher Wells:** Je vous remercie.

Ma prochaine question s'adresse à M. van Os.

Dans votre article publié conjointement dans le *Psychiatric Times*, intitulé « *Psychiatric Euthanasia in the Netherlands: Young People, Procedural Medicine, and the Limits of Psychiatry* », vous évoquez le nombre croissant de jeunes aux Pays-Bas qui sollicitent l'aide médicale à mourir. Cependant, vous indiquez également dans cet article que les taux de refus et de retrait restent importants.

Vous tirez ces informations d'un rapport de l'American National Library of Medicine des États-Unis, qui a étudié les demandes d'aide médicale à mourir formulées par de jeunes Néerlandais atteints de troubles psychiatriques. On concluait dans ce même rapport que, bien qu'il y ait eu une augmentation du nombre de jeunes sollicitant l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué, ou AMM TM-SPMI, seuls 3 % de l'ensemble des demandes émanant de jeunes ont abouti à une aide médicale à mourir, ce qui est inférieur au taux d'acceptation de l'aide médicale à mourir en cas de souffrances liées à des troubles

mentaux chez les adultes aux Pays-Bas. Une demande sur quatre a été interrompue par le patient avant même que le dossier médical n'ait été constitué. Parmi les dossiers qui ont continué à faire l'objet d'un accès, 60 % ont été rejetés à l'issue de l'examen préliminaire d'admissibilité. C'est ce qu'on apprenait dans votre article.

Ces données que vous citez dans cet article ne suggèrent-elles pas que le système mis en place aux Pays-Bas pour prévenir les cas illégaux d'AMM lorsque la maladie mentale est la seule affection sous-jacente fonctionne réellement?

**Dr. Jim van Os:** Non. En réalité, je ne suis pas d'accord avec cette affirmation, car même si, bien sûr, 3 % peut sembler un chiffre modeste, il s'agit d'un pourcentage relatif. En réalité, le nombre de jeunes ayant recours à l'AMM a augmenté d'environ 500 % en cinq ans. Ce 3 % ne semble pas beaucoup, mais c'est parce qu'il s'agit d'un pourcentage au sein d'un groupe qui ne cesse de croître.

Ce qui se passe aux Pays-Bas... À titre de précision, il y a 90 000 personnes, principalement des jeunes filles, qui se présentent aux services d'urgence des hôpitaux après des tentatives de suicide non mortelles, et c'est ce groupe qui est de plus en plus enclin à exprimer sa souffrance sous la forme d'une demande d'euthanasie. Les demandes d'euthanasie sont en effet en augmentation auprès des omnipraticiens, dans les cabinets de psychiatres et auprès des conseillers scolaires; nous constatons donc un bond considérable dans ces demandes.

Le pourcentage demeure à 3 %, mais il importe de signaler que le nombre de demandes est en hausse.

**L'hon. Kristopher Wells:** Nous manquons de temps. Pourriez-vous peut-être nous communiquer ces chiffres par écrit, si vous disposez des données validées par des pairs qui permettent d'établir ces comparaisons? Ils ne correspondent pas aux chiffres que nous observons.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** N'hésitez pas à nous les communiquer.

Merci.

**Dr. Jim van Os:** C'est bien sûr un sujet important, mais aux Pays-Bas, les demandes d'euthanasie formulées auprès d'un omnipraticien ne sont pas toutes systématiquement documentées.

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

Merci.

Monsieur Lawton, vous disposez de trois minutes.

**Andrew Lawton (Elgin—St. Thomas—London-Sud, PCC):** Merci beaucoup, monsieur le président.

J'aimerais également vous poser des questions, monsieur van Os.

Dans votre déclaration liminaire, vous avez évoqué cette notion d'euthanasie comme solution de dernier recours et l'absence, dans la législation canadienne, de toute disposition imposant cette condition. Plus tôt, nous avons entendu le témoignage d'une partisane de l'élargissement, Mme Mona Gupta, qui a en substance tenu des propos très similaires aux vôtres, à savoir qu'il ne serait pas approprié d'attendre d'un patient qu'il ait essayé tous les traitements disponibles ni de le contraindre à les essayer tous avant d'en arriver là.

Juste pour être sûr de bien comprendre la situation aux Pays-Bas, est-ce bien ce à quoi on s'attend là-bas?

**Dr. Jim van Os:** En réalité, c'est une question complexe, mais je suis ravi que vous la posiez. Le problème, c'est qu'il existe de nombreux traitements susceptibles d'apporter un soulagement à la souffrance liée à des troubles mentaux. Il peut s'agir d'interventions sociales. Il peut s'agir d'interventions existentielles proposées par une institution consacrée au rétablissement, animées par des pairs aidants. Il peut s'agir d'une intervention médicale, ou encore d'une intervention complémentaire, par exemple.

Le fait est qu'en réalité, ce qui est proposé aux patients, c'est principalement [*Difficultés techniques*], comme l'électroconvulsivothérapie, l'ECT, et les médicaments. On ne leur propose pas de solutions de rechange aux interventions sociales qui [*Difficultés techniques*]

• (1930)

**Andrew Lawton:** Je suis désolé. Il y a eu un petit problème technique, mais comme je n'ai pas beaucoup de temps, je vais passer à un autre sujet, si vous le voulez bien.

Le 21 avril, Daphne Gilbert a pris la parole. Elle a déclaré que si le Canada élargissait l'AMM, « Les cliniciens s'entendent pour dire que seul un petit nombre de personnes satisferont aux critères d'admissibilité rigoureux et aux mesures de sauvegarde rigoureuses ». Nous avons également entendu un autre témoin, Claire Gamache, qui a déclaré: « C'est un très petit nombre. »

D'après ce que vous en comprenez, pourriez-vous tirer une conclusion raisonnable semblable à celle qu'ils ont tirée de la manière dont les lois canadiennes sont structurées à ce sujet?

**Dr. Jim van Os:** Oui, mais la dynamique est un peu différente.

Tout d'abord, je pense que le problème ne réside pas tant dans le nombre de personnes qui satisfont aux critères, mais plutôt dans le fait que nous ne parvenons pas à nous mettre d'accord sur ces critères. Personne n'y parvient. C'est là le premier problème.

Le deuxième problème est qu'une fois qu'un protocole est mis en place et accessible, des personnes désespérées voudront y avoir accès, ce qui entraînera des souffrances insupportables, car il est extrêmement difficile d'y avoir accès. C'est ce que l'on observe aux Pays-Bas. Une grande partie des souffrances insupportables liées au protocole d'euthanasie tient au fait que les gens le considèrent comme une solution, et en font ensuite une idée fixe.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci, monsieur van Os.

Monsieur Maloney, vous disposez de trois minutes.

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

Je tiens à remercier tous les témoins, surtout compte tenu du temps dont nous disposons.

Nous avons recueilli les témoignages d'un grand nombre de personnes aux opinions très variées, et votre rôle est très précieux pour nous.

Monsieur van Veen, je voudrais commencer par vous.

Vous avez commencé par dire à un moment donné que « l'autonomie est... fondamentale ». Je suis d'accord. Vous avez ensuite ajouté que « la compassion » est nécessaire. Je crois bien que vous avez dit que la compassion est encore plus importante.

**Dr. Sisco van Veen:** Je pense que c'était plutôt l'inverse.

**James Maloney:** Oui. Je suis d'accord dans les deux cas.

Vous avez ensuite ajouté qu'un médecin et un patient peuvent décider ensemble qu'une personne a « assez souffert » en raison d'un trouble de santé mentale et qu'elle peut avoir accès à l'AMM. Est-ce bien ce que vous avez dit?

**Dr. Sisco van Veen:** Oui.

**James Maloney:** Cette affirmation fait-elle abstraction du caractère irréversible de la situation?

**Dr. Sisco van Veen:** Non. Pour être précis, dans la loi néerlandaise, on parle en abrégé d'« irrémédiabilité », mais la loi néerlandaise exige que le médecin établisse cette irrémédiabilité et que le médecin et le patient, dans le cadre d'une prise de décision commune, établissent qu'il n'existe aucune autre option raisonnable. La prise de décision commune est partie intégrante de notre loi.

**James Maloney:** Très bien. Seriez-vous d'accord avec moi pour dire que ce consensus ou cette conclusion d'irrémédiabilité repose sur les plaintes subjectives formulées par le patient et sur l'analyse subjective effectuée par le médecin?

**Dr. Sisco van Veen:** Toutes les plaintes des patients sont subjectives, et je crois que le médecin...

**James Maloney:** Merci. Je n'ai pas beaucoup de temps.

C'est là toute la différence entre les cas de troubles mentaux et un cancer en phase terminale, comme l'a souligné M. van Os. Dans la situation que vous décrivez, où l'on procède sur une base subjective, n'est-ce pas en réalité ce que M. van Os voulait dire lorsqu'il a déclaré que l'AMM pour des raisons de troubles mentaux équivalait à un suicide assisté par un médecin?

**Dr. Sisco van Veen:** Je ne peux commenter les déclarations de M. van Os.

Du point de vue du médecin, ce n'est pas une question de subjectivité, mais bien d'intersubjectivité. Plusieurs médecins participent au processus.

**James Maloney:** Cela doit forcément être subjectif, car à ma connaissance, il n'existe aucun examen physique permettant de déterminer si quelqu'un souffre d'une maladie mentale chronique. On ne peut pas passer un tomodensitogramme pour le confirmer. Il n'existe aucun autre type d'examen qui permette de démontrer que...

**Dr. Sisco van Veen:** Il n'y a pas non plus d'examen...

• (1935)

**James Maloney:** [*Inaudible*] dans une certaine mesure.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Monsieur van Veen, pourriez-vous répondre brièvement à cette question?

**Dr. Sisco van Veen:** Aucun tomodensitogramme ne permet de mettre en évidence la souffrance liée au cancer, par exemple; la souffrance est donc toujours subjective.

**James Maloney:** Non, le tomodensitogramme montre que vous avez un cancer, mais il ne permet pas de détecter une maladie mentale. C'est ce que je veux dire.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci, monsieur Maloney.

[*Français*]

Madame DeBellefeuille, vous avez la parole pour deux minutes.

**Claude DeBellefeuille:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Nous allons continuer notre conversation, docteur van Veen. Je partage votre opinion sur le fait qu'une personne qui se présente à vous, qui a souffert une grande partie de sa vie et qui n'arrive pas à arrêter sa souffrance peut décider pour elle-même de ce qu'elle veut faire, en discutant avec son médecin.

Le dernier rapport d'experts canadiens que nous avons vu démontre que, étant donné les critères assez resserrés, il est presque impossible qu'une personne de 30 ans soit admissible à l'aide médicale à mourir, parce qu'il faut prouver qu'elle a été médicamentée, qu'elle a été suivie, qu'elle a fait des thérapies et qu'après quelques années de traitement sans succès, la souffrance est toujours présente. C'est ce qu'il faut pour qu'elle ait le droit de décider pour elle-même.

Maintenant, je veux revenir sur un sujet qui a été soulevé par mon collègue, soit les cas où la souffrance est irréversible. Si on est schizophrène, qu'on a suivi une thérapie pendant une vingtaine d'années, que ça n'a pas donné de résultat et qu'on souffre, il me semble qu'on a le droit, comme patient et comme personne, en discutant avec le médecin qui nous évalue et avec l'ensemble des professionnels, de décider si on veut continuer à vivre avec la qualité de vie qu'on a.

Ce que j'entends beaucoup de la part de certains de mes collègues autour de la table, c'est une forme de paternalisme. On n'est pas capable de faire confiance à la capacité décisionnelle de la personne. Alors, serait-il préférable de dire qu'on peut permettre à ces gens de prendre cette décision, mais en adoptant une approche au cas par cas, puisque certains pourraient y avoir droit? Si on n'est pas à l'écoute, on va discriminer une minorité de gens qui pourraient avoir le droit de mettre fin à la souffrance qu'ils vivent depuis des années.

[Traduction]

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** C'est une question assez longue, et il ne reste pas beaucoup de temps pour y répondre; en fait, il n'y a plus de temps. Je vais vous laisser un court instant pour conclure votre réponse.

[Français]

Madame DeBellefeuille, à qui s'adresse votre question?

**Claude DeBellefeuille:** Elle s'adresse au Dr van Veen.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** D'accord.

[Traduction]

Monsieur van Veen, pourriez-vous nous donner une brève réponse?

**Dr. Sisco van Veen:** Oui, c'était une déclaration assez longue.

Je suis entièrement d'accord. Nous nous concentrons beaucoup sur les jeunes femmes, mais si l'on examine les chiffres, il s'agit surtout de personnes d'âge mûr qui souffrent de dépression. Il serait peut-être bon de le souligner.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci.

Monsieur Dalphond, vous disposez de deux minutes.

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

Monsieur van Os, vous avez parlé d'une augmentation de 60 % dans la dernière année. Vous citez ce que vous avez écrit dans un article paru il y a quelques semaines. Le chiffre est passé de 138

en 2023 à 219 en 2024. C'est ce qui donne cette augmentation de 60 %.

**Dr. Jim van Os:** Oui, chez les moins de trente ans.

**L'hon. Pierre Dalphond:** Oui, merci.

Lorsque vous évoquez cette augmentation de 500 %, vous remontez plusieurs années en arrière, jusqu'en 2002, époque à laquelle seules deux ou trois personnes la recevaient chaque année.

**Dr. Jim van Os:** Il y a eu une augmentation de 5 à 30 entre 2020 et 2024.

**L'hon. Pierre Dalphond:** D'accord.

**Dr. Jim van Os:** C'était également chez les moins de trente ans.

**L'hon. Pierre Dalphond:** Vous parlez également de suicide. Je crois savoir qu'en 2023, les derniers chiffres dont nous disposons font état de 138 cas d'euthanasie pour cause de troubles mentaux et de 1 900 suicides. Cela représente tout de même une faible proportion, soit moins de 7 % des décès, car, si j'ai bien compris, dans votre pays, le suicide et l'euthanasie sont regroupés dans la même sous-catégorie à des fins statistiques.

**Dr. Jim van Os:** En médecine, nous groupons les décès prématurés dans une seule et même catégorie, car ils sont liés et présentent une très forte corrélation. L'euthanasie est une forme de décès prématuré. Les accidents et les suicides font partie de cette même catégorie et sont corrélés. On constate, chez les moins de trente ans, que l'euthanasie, en tant que forme de décès prématuré représente une part de plus en plus importante de cette catégorie.

● (1940)

**L'hon. Pierre Dalphond:** Elle est de moins de 10 %.

**Dr. Jim van Os:** Elle est de moins de 10 %, mais c'est beaucoup pour l'euthanasie.

**L'hon. Pierre Dalphond:** Le nombre de suicides n'augmente pas et ne diminue pas. Il reste stable.

**Dr. Jim van Os:** Il est en légère augmentation chez les jeunes aux Pays-Bas.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci.

Les deux dernières minutes sont réservées à Mme Martin.

**L'hon. Yonah Martin:** Merci.

On a demandé auparavant à M. van Veen s'il était possible d'établir une distinction entre des tendances suicidaires et une demande rationnelle d'AMM.

Monsieur van Rooij, il est donc également possible qu'un psychiatre conclue à tort à une demande rationnelle d'AMM, n'est-ce pas?

**Dr. Wilbert van Rooij:** C'est tout à fait possible. D'après de nombreux éléments qui ont émergé aux Pays-Bas dans le débat public, bon nombre de militants pro-euthanasie et pro-AMM ont communiqué beaucoup d'informations sur des patients ayant reçu l'euthanasie. De là, un vif débat est né parmi les psychiatres néerlandais à savoir si les critères de diligence raisonnable requise avaient été respectés. Dans certains cas, il existe de sérieux doutes parmi les psychiatres. Il n'y a absolument aucun consensus.

**L'hon. Yonah Martin:** En cas d'erreur, il n'y a aucun retour en arrière possible. La personne est déjà décédée.

Docteur van Os, la contagion du suicide est préoccupante, comme nous l'ont signalé des témoins, notamment dans les communautés autochtones du Canada. Est-ce un sujet dont on discute aux Pays-Bas?

**Dr. Jim van Os:** Oui, il en a été question, mais seulement récemment. Nous demandons maintenant instamment aux médias de ne plus romancer l'euthanasie, comme ils le faisaient auparavant en montrant des images et en utilisant des expressions comme « C'était très courageux », « C'est magnifique » ou « Nous les laissons partir avec amour », car nous savons que cela a un fort effet de contagion sur les jeunes femmes qui se sentent coincées ou émotionnellement instables, et cela les pousse à adopter un désir de mort similaire sous forme de demandes d'euthanasie.

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

C'est tout le temps dont nous disposons avec ce groupe de témoins.

Je tiens à remercier chaleureusement tous les participants des Pays-Bas. Nous sommes conscients que vous avez dû veiller tard, mais nous vous sommes vraiment reconnaissants d'avoir ainsi témoigné et fait part de votre expérience aux Pays-Bas.

Je profite de ma fonction de président pour dire que j'aime beaucoup votre équipe de soccer, compte tenu de son historique et de son style de jeu. Je vous souhaite aussi bonne chance dans ce domaine.

Merci. Bonne nuit.

● (1940) \_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_

● (1945)

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

Je souhaite la bienvenue à notre deuxième groupe de témoins.

À titre personnel, nous recevons Alicia Duncan, par vidéoconférence.

Nous accueillons Helen Long, de l'organisme Mourir dans la dignité Canada.

Enfin, nous recevons Alexander Schadenberg, directeur général de la Coalition pour la prévention de l'euthanasie.

Peut-être pouvons-nous commencer avec Mme Duncan.

Vous avez cinq minutes pour faire votre déclaration. Je vous ferai signe quand il vous restera 30 secondes et de nouveau lorsque votre temps sera écoulé.

Vous avez la parole.

**Alicia Duncan (à titre personnel):** Bonjour. Je m'appelle Alicia Duncan, et je suis ici aujourd'hui en mémoire de ma mère, Donna Duncan.

Je suis venue pour la première fois devant ce comité en 2022. N'étant pas philosophiquement opposée à l'aide à mourir, je croyais que si le Parlement comprenait ce qui était arrivé à ma mère, il y aurait du changement. Il n'y en a pas eu. Le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir a reconnu que cette question repose sur la préparation, la surveillance, les normes et la révision. Les circonstances ayant entouré le décès de ma mère démontrent que le

Canada n'est pas prêt à élargir l'AMM à la maladie mentale comme seule condition sous-jacente.

Le décès de ma mère a révélé trois choses: premièrement, les familles n'ont pas la possibilité d'intervenir pour empêcher une mort par AMM en temps réel, même en pleine crise manifeste. Deuxièmement, après le décès, il n'y a aucun moyen efficace de déterminer si la loi a été respectée. Troisièmement, la surveillance dans ce système n'est donc pas vérifiable en pratique.

Ma mère est décédée dans le cadre du régime canadien d'AMM le 29 octobre 2021, seulement quelques heures après avoir été libérée d'une unité psychiatrique par suite d'une tentative de suicide. Elle avait subi un déclin important après une commotion cérébrale. Elle était mentalement instable, profondément désespérée et physiquement en déclin. Notre famille ne niait pas sa souffrance, mais nous remettions en question l'idée selon laquelle la mort constituait la solution à cette crise.

Quand elle nous a annoncé qu'elle avait prévu de mourir dans moins de deux jours, nous avons présenté une requête d'urgence devant un juge provincial, qui a délivré un mandat de prise en charge contre elle en vertu de la loi sur la santé mentale, suspendant temporairement la prestation de l'AMM. Avec son consentement, nous avons ensuite parlé directement avec le responsable du centre de coordination de l'AMM, qui était aussi l'un de ses évaluateurs, et avons exprimé nos craintes, vu qu'elle était en crise active de troubles mentaux. Cette crainte a été confirmée lorsqu'elle a tenté de se suicider, mais quelques heures après sa sortie de l'unité des soins psychiatriques, elle a été euthanasiée.

Les adeptes de l'euthanasie pour des troubles psychiatriques présentent le cas de ma mère comme une exception, mais ce n'en est pas une. Depuis son décès, j'ai rencontré de nombreuses familles partout au Canada ayant vécu des situations semblables et qui vivent maintenant avec les effets dévastateurs d'un trouble de stress post-traumatique qui, dans un régime élargi, pourraient eux-mêmes constituer des raisons de recourir à l'AMM.

Dans le cas de ma mère, des troubles alimentaires et une restriction calorique sévère ont contribué à son déclin physique et ont servi à établir la preuve que sa mort était imminente. En fait, le système actuel permet que l'admissibilité à l'AMM soit déterminée non seulement par la maladie, mais aussi par des comportements attribuables à la détresse, y compris un état physique auto-infligé.

Après la mort de ma mère, la deuxième lacune est apparue clairement. Nous avons contacté les organismes de réglementation, la police et le commissaire à la protection de la vie privée pour savoir si la loi avait été respectée. Une enquête policière a été ouverte, mais n'a pu avancer parce que les agents n'ont pas pu accéder à son dossier d'évaluation de l'AMM. Les demandes de divulgation, y compris en vertu des dispositions relatives à l'intérêt public, ont été refusées. Récemment, j'ai demandé ses dossiers en vertu de la clause d'exception pour intérêt public de la Freedom of Information and Protection of Privacy Act de la Colombie-Britannique. Cette demande a encore une fois été refusée.

Je pose la question: quel intérêt public peut être plus grand que de déterminer si une mort autorisée par l'État a été exécutée conformément à la loi? La seule personne légalement autorisée à accéder aux dossiers qui permettraient de répondre à cette question est ma mère, et elle est décédée.

Il n'existe dans ce pays aucune instance dirigeante, pénale, civile ou administrative, qui semble prête à déterminer après coup en toute confiance si la loi a été respectée quand un décès survient dans le cadre de l'AMM. La responsabilité est de fait transférée aux familles et aux exécuteurs testamentaires, qui ne peuvent accéder aux informations nécessaires pour s'en acquitter. Les organismes publics se renvoient la balle. Les autorités sanitaires refusent de divulguer l'information, et les poursuites au civil comportent un risque financier important pour les familles. L'absence de constat de négligence est souvent citée comme preuve que le régime fonctionne, mais elle ne l'est pas. Elle n'est que le reflet d'un régime qui ne peut être évalué comme il se doit.

C'est l'admissibilité à ce régime que le Parlement est maintenant invité à élargir. Quand j'entends dire que le Canada est prêt pour ce changement, je ne comprends pas comment on peut en arriver à cette conclusion. Le cas de ma mère a été examiné par les tribunaux, les médias et dans le cadre de débats de politiques publiques. Si un cas comme le sien ne soulève pas de préoccupations fondamentales sur l'application du régime, on se demande ce qui le ferait.

Rien de fondamental n'a changé depuis 2022. Les Canadiens n'ont toujours pas un accès rapide à des soins psychiatriques, à des soins en traumatologie et à un soutien réel en vue d'un rétablissement. Nous nous apprêtons à autoriser l'euthanasie psychiatrique dans un régime où la transparence, une surveillance efficace et tout moyen fiable de vérifier le respect de la loi sont absents.

Lorsque l'AMM est fournie par erreur, la conséquence est irréversible. Si le Canada ne peut pas rendre compte des décès qu'il a déjà approuvés, il n'est pas prêt à étendre l'admissibilité à la maladie mentale comme seule trouble médical invoqué. Nous ne sommes pas prêts.

Merci.

• (1950)

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci, madame Duncan.

Madame Long, vous avez la parole pour cinq minutes.

**Helen Long (directrice générale, Mourir dans la dignité Canada):** Bonsoir à tous. Je vous remercie de cette occasion de témoigner.

Je m'appelle Helen Long, et je suis la directrice générale de Mourir dans la dignité Canada. Nous sommes un organisme national de défense des droits de la personne qui milite pour des options de fin de vie respectueuses de la Constitution canadienne et de la Charte des droits et libertés.

Nous appuyons le droit d'un adulte compétent dont le seul problème médical invoqué est un trouble mental à demander et à recevoir l'aide médicale à mourir s'il satisfait aux critères stricts d'admissibilité prévus dans le Code criminel.

La légalisation de l'AMM pour les troubles mentaux élargirait l'accès à un petit groupe de personnes atteintes de troubles mentaux aigus résistants aux traitements, qui, malgré de nombreuses interventions sur de longues périodes, ont souffert d'une douleur qui ne peut être soulagée.

Ce comité a entendu de nombreux médecins, psychiatres, professeurs et autres experts qui ont apporté un témoignage précieux à l'étude. Certains experts ont affirmé que la maladie mentale ne peut pas être considérée comme grave et irréversible. La maladie et les perspectives d'avenir des personnes concernées pourraient s'améliorer un jour, mais la certitude quant à l'avenir n'est pas une exigence pour avoir accès à l'AMM. Il existe beaucoup d'incertitudes entourant de nombreux problèmes médicaux, mais les personnes ayant des problèmes physiques sont informées de ces incertitudes et dialoguent avec les cliniciens pour discuter des risques et de leurs valeurs. Les personnes atteintes de troubles mentaux sont les seules à qui l'on dit que leur point de vue n'a pas d'importance.

Je rappelle que 80 % des Canadiens appuient l'accès à l'AMM pour les personnes dont le seul problème médical invoqué est un trouble mental. Certains médecins ont confiance dans leur capacité d'évaluer et de fournir l'AMM en cas de maladie mentale. Cette capacité et cette volonté reposent sur des faits, elles sont appuyées par des travaux savants solides et confirmés par d'innombrables heures d'expérience clinique. Ces médecins sont prêts à honorer les souhaits des très rares Canadiens admissibles à l'AMM pour des troubles mentaux débilissants et irrémédiables.

Aujourd'hui, je souhaite souligner une lacune criante dans les témoignages recueillis par ce comité. Les voix de monsieur et madame tout le monde ayant une expérience vécue de troubles médicaux graves et irrémédiables ont été largement exclues de votre étude. Aucune autre catégorie de patients n'a été ainsi effacée d'une discussion les concernant comme les personnes qui ont un trouble mental. Je suis ici pour les défendre, pour venir témoigner en leur nom dans le peu de temps qui m'est imparti. Cependant, mon témoignage devrait être le début, et non la fin, d'un dialogue avec les Canadiens qui réclament la légalisation de l'AMM pour maladie mentale.

**John Scully a dit:**

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

**Voici ce qu'a déclaré Savannah Meadows:**

Je suis sûre que vous comprenez que certains problèmes de santé mentale sont si graves et la douleur qu'ils causent est si intense qu'ils ne peuvent pas être traités efficacement ou guéris. Lorsqu'une personne souffre d'une immense douleur mentale et qu'aucun traitement ne peut l'aider, dans le système actuel, on laisse les gens souffrir gravement, ce qui constitue un châtiment cruel et inhabituel.

**Clemie a dit:**

Je comprends le concept selon lequel il y a toujours de l'espoir, que ma vie pourrait s'améliorer, mais ma souffrance, elle, ne disparaîtra pas. Je serai toujours malade mentalement. Je serai toujours en dépression. Mon cœur ne supporte plus cette douleur, mon âme est épuisée, et je mérite un accès égal à l'aide à mourir.

**Claire Elyse Brosseau a affirmé ce qui suit:**

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

Au fond, la décision de recourir à l'AMM est intimement personnelle. Les Canadiens veulent simplement être autonomes et prendre leurs décisions médicales en consultation avec les professionnels de la santé en qui ils ont confiance. Il incombe au gouvernement du Canada de leur permettre de le faire.

J'exhorte ce comité et le gouvernement à aller plus loin pour écouter leurs voix et veiller à ce que leurs réalités soient réellement reflétées dans les recommandations que vous présenterez.

Merci.

• (1955)

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci.

Monsieur Schadenberg, vous avez la parole pour cinq minutes.

**Alexander Schadenberg (directeur général, Coalition pour la prévention de l'euthanasie):** Je m'appelle Alex Schadenberg. Je suis directeur général de la Coalition pour la prévention de l'euthanasie. Je travaille au Canada, mais je collabore également avec des personnes du monde entier qui s'opposent à l'euthanasie et au suicide assisté.

Le Canada est de plus en plus perçu à l'international comme l'illustration de la nécessité de procéder avec prudence. La croissance rapide des décès par euthanasie et l'élargissement des types de cas sont étroitement suivis à l'étranger. L'évolution de la situation au Canada a influé sur les débats qui ont lieu dans d'autres pays, notamment le rejet de projets de loi sur l'aide à mourir en Écosse, à la Chambre des Lords du Royaume-Uni, et en Slovénie, où le suicide assisté a été annulé à la suite d'un référendum.

Plutôt que d'étendre l'aide à mourir aux personnes dont le seul problème médical invoqué est un trouble mental, le Parlement doit examiner le fonctionnement effectif de la loi canadienne sur l'euthanasie. Comment la loi a-t-elle été appliquée? Permet-elle d'atteindre les objectifs visés? Y a-t-il des abus par rapport à l'intention initiale? La loi doit-elle être modifiée? Nous n'avons jamais répondu à ces questions. Nous avons seulement discuté d'élargissements.

Dans son article daté du 5 janvier 2026, publié par l'Institut Macdonald-Laurier en commentaire du sixième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada, Mme Ramona Coelho a déclaré:

Bien que le rapport mette l'accent sur un handicap auto-identifié, tous les bénéficiaires de l'AMM sont, par définition, handicapés. Un handicap désigne toute déficience de longue durée limitant la participation à la vie. L'AMM est légale pour les personnes atteintes d'une affection grave et irrémédiable, une maladie incurable entraînant un déclin irréversible des capacités. Toute personne répondant à ces critères est par définition handicapée, même si cela ne signifie pas que toutes les personnes handicapées devraient être admissibles à l'AMM.

Les affections couramment citées dans le cadre de la voie 2 de l'AMM confirment ce point. Le diabète y apparaît fréquemment, et le Comité d'examen des décès par l'AMM, le CEDA, de l'Ontario a documenté le cas d'un homme ayant obtenu l'AMM pour un tremblement essentiel. Ce sont des handicaps, mais ils ne causent généralement pas le grave déclin dont l'AMM est censée tenir compte. En mettant l'accent sur un handicap auto-identifié, le rapport occulte la réalité: l'admissibilité à l'AMM cible les personnes handicapées, ce qui précocupe cette communauté, les Nations Unies, les organismes de défense des droits de la personne et, plus récemment, le Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies.

Ce comité de l'ONU a appelé à l'abrogation de la voie 2 de l'AMM, à un renforcement de la surveillance de la loi et à l'absence de tout nouvel élargissement, y compris l'expansion prévue de l'AMM fondée uniquement sur un trouble mental.

Par exemple, Kiano Vafaeian, 26 ans, est décédé par euthanasie à Vancouver le 30 décembre 2025. Kiano cherchait à accéder à l'aide à mourir en Ontario, où il habitait, mais ses demandes ont été refusées par plusieurs médecins en Ontario. Il a alors communiqué avec la Dre Ellen Wiebe à Vancouver, en Colombie-Britannique, qui l'a évalué et autorisé à recevoir l'euthanasie.

Margaret Marsilla, la mère de Kiano, a été bouleversée d'apprendre que son fils, atteint d'un diabète de type 1 qui l'avait rendu légalement aveugle, souffrait également de graves problèmes de santé mentale qui auraient dû être évalués avant qu'il soit jugé admissible à l'AMM. Kiano a été admis comme candidat de la

voie 2 de l'AMM. La famille de Kiano n'a jamais été consultée, ce qui est important, car il souffrait de dépression et avait des idées suicidaires.

Si la mort de Kiano était le seul décès troublant lié à l'AMM, on pourrait penser que ce cas est exceptionnel. Cependant, de nombreux décès controversés liés à l'AMM ont été rapportés.

Plutôt que d'étendre l'AMM, le Parlement doit examiner comment la loi actuelle a conduit à des résultats tels que la mort de Kiano. Le Parlement doit procéder à une révision complète de la loi.

De manière plus générale, la loi canadienne sur l'aide à mourir est vague. Bien que Santé Canada fournisse des directives, le cadre juridique entraîne une interprétation trop vaste et l'absence d'un contrôle efficace.

Faute de temps, je soulignerai un seul point clé. Les paragraphes 241.2(3) et 241.2(3.1) du Code criminel stipulent que les médecins ou infirmiers praticiens doivent seulement « être d'avis » que les critères d'admissibilité sont remplis. Or, il s'agit de décisions de vie ou de mort. En pratique, cela rend la reddition de comptes extrêmement difficile et rend impossible toute poursuite contre un médecin ou un infirmier praticien au Canada, même lorsque le décès survenu par AMM est manifestement erroné ou profondément troublant.

Les rapports du CEDA de l'Ontario et les cas qui vous ont déjà été soumis témoignent de cette réalité.

Le Canada ne devrait pas envisager d'étendre l'AMM ou l'aide à mourir aux personnes dont le seul problème médical invoqué est un trouble mental; le Parlement doit plutôt procéder à une révision complète de la loi.

Merci.

• (2000)

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci, monsieur Schadenberg.

Nous passons maintenant à la première série de questions, et je cède la parole à madame Jansen pendant cinq minutes.

**Tamara Jansen:** Mes questions s'adressent à Alicia Duncan.

Lors d'un précédent témoignage devant ce comité, Jocelyn Downie a déclaré qu'aucune personne ayant demandé l'AMM ne la voulait pas en réalité. Que pensez-vous de cette affirmation? Votre mère souhaitait-elle vraiment obtenir l'AMM selon vous?

**Alicia Duncan:** Ma mère m'a dit, la semaine précédant son décès, qu'elle ne voulait pas mourir, mais qu'elle ne pouvait plus vivre ainsi. Elle estimait ne pas avoir reçu les soins appropriés.

**Tamara Jansen:** Vous avez également tenté d'alerter les évaluateurs de l'AMM sur vos inquiétudes concernant votre mère, au sujet du fait qu'elle ne mangeait pas en raison d'une maladie mentale, et qu'elle n'était pas réellement en fin de vie, mais simplement malnutrie. Que vous a répondu l'évaluatrice de l'AMM?

**Alicia Duncan:** J'ai en fait un message texte de l'évaluatrice de l'AMM, la Dre Grace Park, qui nous a dit que la santé de ma mère s'était dégradée avec une perte de poids importante la plaçant sur une trajectoire vers une mort prévisible. Certaines analyses sanguines permettent de déceler des signes de malnutrition, mais elles doivent être expressément demandées. Elle a conclu en disant que si c'est ce que souhaitait Donna, il y avait peu de choses que nous pouvions faire pour l'empêcher d'exercer son droit légal.

**Tamara Jansen:** Que révélaient les analyses sanguines demandées par l'évaluatrice de l'AMM?

**Alicia Duncan:** Elle a indiqué que des analyses spécifiques devaient être demandées. Des analyses avaient en fait été faites à l'hôpital, et il y est écrit — je lis son dossier médical actuellement —: « Donna a récemment subi une batterie complète d'analyses sanguines, y compris un hémogramme, un bilan électrolytique, des tests des fonctions hépatique et rénale, de la fonction thyroïdienne, du taux de vitamine B12 et un dépistage toxicologique. Tous ses résultats étaient normaux. »

**Tamara Jansen:** Lors de votre précédent témoignage en 2022, vous avez aussi dit que le médecin de famille de votre mère avait refusé de l'évaluer, car il ne croyait pas qu'elle suivrait ses recommandations de traitement, mais s'était senti obligé de la référer. Le diagnostic de votre mère a-t-il été posé par un expert?

• (2005)

**Alicia Duncan:** Non. Sur l'acte de décès, la cause officielle indiquée est l'AMM, et les affections sous-jacentes sont la fragilité, la cachexie et le syndrome de sensibilité centrale. Ma mère attendait un rendez-vous avec un spécialiste des maladies chroniques, prévu deux semaines après son décès. Elle n'a jamais pu se rendre à ce rendez-vous.

**Tamara Jansen:** Votre mère a été euthanasiée seulement quelques heures après sa sortie d'une unité de soins psychiatriques, après une tentative de suicide. Si le Canada ne peut pas gérer en toute sécurité un tel cas dans le cadre du régime actuel, comment le Parlement peut-il sérieusement prétendre être prêt à étendre l'AMM aux personnes dont le seul problème médical invoqué est un trouble mental?

**Alicia Duncan:** Il est complètement irresponsable de l'envisager. Dans un cas comme celui-ci, les demandes de ma mère auraient dû être refusées à plusieurs reprises par le système judiciaire et le milieu médical, mais personne n'a pu empêcher le processus de se poursuivre.

**Tamara Jansen:** Je comprends que, malgré un mandat en vertu de la loi sur la santé mentale et les préoccupations exprimées directement au centre de coordination de l'AMM, votre famille n'a pas pu empêcher le décès de votre mère. Que cela révèle-t-il sur la capacité des familles à soulever des inquiétudes urgentes en santé mentale si ce régime était étendu aux personnes dont le seul problème médical invoqué est un trouble mental?

**Alicia Duncan:** Cela revient à la question posée devant le premier groupe de témoins. Nous mettons tellement l'accent sur l'autonomie que nous en oublions la compassion. Ma mère a été jugée apte à prendre cette décision, mais elle traversait une crise de santé mentale évidente. Si on ne peut pas établir cette distinction, il est absolument impossible d'envisager un élargissement.

**Tamara Jansen:** Dans le cas de votre mère, les troubles alimentaires et la restriction calorique sévère ont été traités comme une preuve que la mort était imminente. Cela signifie-t-il que des comportements liés à la détresse mentale peuvent être interprétés

comme des critères d'admissibilité à l'AMM, et pourquoi cela devrait-il alerter ce comité avant 2027?

**Alicia Duncan:** Ce qui est le plus préoccupant, c'est que toute personne jeune souffrant d'un trouble alimentaire, ou, dans le cas de ma mère, une femme de 61 ans ayant un historique de troubles alimentaires, peut réduire sa consommation calorique au point de devenir fragile. Pour toute personne fragile, selon notre régime actuel, son décès peut être jugé raisonnablement prévisible, et elle peut mourir dans les 24 heures.

**Tamara Jansen:** Un des éléments les plus marquants de votre témoignage est qu'après un décès par AMM, il n'y a toujours aucun moyen fiable de vérifier si la loi a été respectée, car ni les familles, ni la police, ni les organismes de réglementation n'ont accès aux dossiers nécessaires. Si le Canada ne peut pas rendre compte des décès qu'il a déjà autorisés, pourquoi devrait-il élargir l'admissibilité aux personnes dont le seul problème est la maladie mentale?

**Alicia Duncan:** J'aimerais bien connaître la réponse. Je ne comprends vraiment pas pourquoi certains pensent que c'est une attente raisonnable alors qu'il est actuellement impossible de vérifier la légalité des décès.

**Tamara Jansen:** Depuis le décès de votre mère, de nombreuses familles ont communiqué avec vous afin de vous faire part d'expériences similaires, ce qui prouve que son cas n'est pas isolé. Quelle est votre évaluation du risque de survenue de cas similaires au Canada si l'AMM était autorisée pour les personnes ayant des troubles mentaux?

**Alicia Duncan:** De nombreux points ont été soulevés par des experts. Pour moi, la plus grande inquiétude est que nous ne tenons pas compte des séquelles pour les familles. Je connais beaucoup de personnes ayant reçu un diagnostic de trouble de stress post-traumatique, un TSPT. Ma sœur et moi-même avons reçu ce diagnostic, ce qui, ironiquement, nous rendrait admissibles à l'AMM si celle-ci était étendue. Les études n'ont tout simplement pas été menées comme il se doit pour comprendre pleinement les effets d'un tel élargissement.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci.

Monsieur Schiefke, vous avez cinq minutes.

[Français]

**Peter Schiefke (Vaudreuil, Lib.):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Tout d'abord, je tiens à dire que je suis très heureux d'être ici, avec mes collègues du Sénat et de la Chambre des communes, pour cette très importante étude.

[Traduction]

Monsieur le président, je vais commencer par poser mes questions à Mme Long.

Madame Long, je tiens d'abord à vous remercier pour votre travail et votre engagement. J'étais favorable à l'aide médicale à mourir lorsque notre gouvernement a dû relever le défi de sa mise en œuvre en 2016. Je crois que nous avons trouvé l'équilibre nécessaire pour garantir ce droit aux Canadiens.

Cependant, dans ce cas précis, d'après mes recherches et les témoignages recueillis jusqu'ici, y compris dans le dernier groupe de témoins, nous avons entendu Dr van Os affirmer que le Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies, l'Association internationale pour la prévention du suicide et les témoignages vécus aux Pays-Bas recommandent de ne pas élargir l'admissibilité à l'AMM au Canada. Dr van Rooij a dit que l'euthanasie exige une certitude que nous n'avons tout simplement pas en ce qui concerne la maladie mentale. Des associations de psychiatres et de nombreux autres praticiens qui ont témoigné dans les quelque 15 dernières heures affirment qu'il n'y a pas de consensus et que nous ne devrions pas avancer. Il y a seulement quelques jours, le gouvernement du Québec, où je vis — je représente Vaudreuil, dans cette province — nous a adressé une lettre réaffirmant qu'il n'a pas approuvé ni soutenu l'élargissement. Il a réalisé sa propre étude, concluant qu'il ne devait pas avancer, sans le soutien public nécessaire pour ce faire.

Ce que je dis ici n'a aucune importance. C'est votre témoignage qui sera intégré à notre rapport et déterminera si nous recommandons ou non d'élargir l'admissibilité à l'AMM. Qu'est-ce qui nous échappe? Qu'est-ce qui échappe à tous ces experts, aux gouvernements provinciaux, et ainsi de suite? Quels sont les plus solides arguments que vous pourriez avancer contre ce qu'ils ont dit?

• (2010)

**Helen Long:** Vous avez entendu de nombreux experts. Je retiens les témoignages des professeures Downie et Gilbert au sujet des contestations constitutionnelles. Je retiens également ceux de psychiatres comme Mona Gupta et la représentante de l'Association des psychiatres du Canada, qui a proposé des lignes directrices au Québec et dans l'ensemble du Canada pour faire avancer ce dossier.

Je m'interroge sur la question du consensus. Avant que l'AMM soit légalisée, des médecins spécialisés en soins palliatifs affirmaient que ces soins pouvaient soulager toutes les souffrances. On sait aujourd'hui que ce n'est pas le cas, et je peux citer des documents qui le confirment. D'autres n'étaient pas d'accord, mais la Cour suprême n'a pas laissé ce manque de consensus empêcher l'adoption des premières lois sur l'AMM.

Le consensus n'est pas une condition sine qua non. Ce gouvernement s'est formé et agit sans consensus systématique. Les preuves ne manquent pas. Les Canadiens sont en faveur de l'aide à mourir. Les chiffres montrent que la décision Carter recueille environ 85 % d'avis favorables et que l'aide médicale à mourir en cas de maladie mentale recueille environ 80 % d'avis favorables. Et c'est vrai dans toutes les catégories de population. La voie 2 bénéficie du soutien des Canadiens, y compris des personnes en situation de handicap. Je crois que les preuves sont nombreuses.

**Peter Schiefke:** Merci beaucoup, madame Long.

Ma prochaine question s'adresse à vous, monsieur Schadenberg. Merci de votre présence parmi nous, monsieur.

Je coprésidé le caucus multipartite sur le cancer avec mon collègue conservateur Dan Albas. Nous avons tous deux été personnellement touchés par la maladie. Je soutiens sans réserve ceux qui endurent d'intenses souffrances et qui ont reçu un diagnostic de fin de

vie. Je soutiens de tout cœur leur droit de mettre fin à leurs souffrances au moment de leur choix.

Quel argument feriez-vous valoir à quelqu'un qui poserait la question suivante: en refusant à ceux dont le seul problème de santé est une maladie mentale le droit d'avoir accès à l'aide médicale à mourir, ne les prive-t-on pas de leur autonomie et de la liberté de faire les choix qu'ils jugent nécessaires pour eux-mêmes? C'est ce qu'a souligné ma collègue Mme DeBellefeuille. Quel argument opposeriez-vous à ceux qui tiennent ce discours?

**Alexander Schadenberg:** Ce ne sont pas des affirmations identiques, à mon sens, parce que les souffrances liées au cancer dont vous parliez sont très différentes des souffrances psychologiques. Les psychiatres nous expliquent très clairement que, pour évaluer un état médical grave et irrémédiable dans le cas de troubles psychiatriques, il faudrait qu'il y ait un consensus clair ou un moyen précis d'affirmer que cette personne ne va pas guérir, et ils affirment justement que ce n'est pas possible.

On parle ici d'un diagnostic qui ne peut pas être confirmé, mais la question demeure de savoir si on peut appliquer l'AMM dans ces circonstances. S'il s'agissait d'un état physique et qu'il n'est manifestement pas irrémédiable, que la personne n'est pas en fin de vie et que son état n'est pas irréversible, on répondrait: « Vous n'êtes pas admissible à l'AMM », alors que, en matière de santé mentale, on dit: « Eh bien, c'est impossible à déterminer, mais on peut y aller quand même. »

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci.

[Français]

Madame DeBellefeuille, vous avez la parole pour cinq minutes.

**Claude DeBellefeuille:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Madame Long, on sait que la ministre de la Santé du Québec a écrit une lettre au Comité. M. Schiefke y a fait référence. Elle dit que la province n'est pas nécessairement prête à élargir l'accès à l'aide médicale à mourir, mais elle ne demande pas non plus le retrait de la possibilité, en vertu de la loi, de demander l'aide médicale à mourir. Je pense qu'il faut continuer à faire des recherches. C'est peut-être une petite nuance qui n'a pas été soulignée concernant la position du Québec. On sait aussi que la Nouvelle-Écosse nous a dit qu'elle était prête.

Dans votre témoignage, qui m'a beaucoup touchée, vous avez dit: pourquoi priver de l'aide médicale à mourir un petit nombre de personnes qui souffrent d'un trouble mental et qui pourraient y avoir accès? Vous avez dit « un petit nombre ». Vous nous dites que les critères recommandés par les experts sont assez restrictifs.

Croyez-vous que ça va s'adresser à un petit nombre de personnes?

• (2015)

[Traduction]

**Helen Long:** Oui. Je crois que le Dr van Veen en a parlé. Cela laisse supposer un nombre restreint.

Nous abordons toujours l'AMM dans le cadre d'évaluations individuelles. Les cliniciens doivent exercer dans les limites de leur champ de compétence et de leur expertise. Les personnes dans cette situation doivent consulter des psychiatres ou des psychologues, donc des spécialistes de la santé mentale. Sans cette expertise, ils ne peuvent pas fournir l'AMM. Une évaluation complète exige un examen de l'ensemble des critères d'admissibilité et des mesures de sécurité.

Il y a aussi le risque de responsabilité professionnelle et pénale, qui est évidemment important. Je crois que cela incite les cliniciens à faire leur travail correctement. Les Canadiens ont confiance dans le système de santé. Ils ont confiance en leurs cliniciens. Je sais qu'on parle souvent d'eux comme s'ils étaient hors de contrôle, mais je crois que notre système est un bon système. Nous avons des cliniciens qui sont qualifiés pour faire le travail et qui l'ont clairement affirmé.

[Français]

**Claude DeBellefeuille:** Comme vous le savez, il y a beaucoup de mésinformation selon laquelle une personne suicidaire pourrait avoir accès à l'aide médicale à mourir. Or le rapport des experts mentionne que, si on est dans un état suicidaire, on ne peut pas avoir accès à l'aide médicale à mourir, parce qu'on est dans un état de crise, alors qu'il faut être dans un état stable. Alors, pour ce qui est de l'argument selon lequel on encouragerait les personnes suicidaires à demander l'aide médicale à mourir, je dirais que c'est plutôt le contraire. Parfois, les personnes qui souffrent depuis de nombreuses années et qui n'ont aucune autre solution choisissent de mettre fin à leur vie par suicide, ou encore en refusant de recevoir des traitements, de continuer à prendre leurs médicaments ou de recevoir de l'aide, en sachant très bien qu'elles vont finir par recevoir des soins palliatifs psychiatriques.

Pouvez-vous nous donner des exemples de personnes qui, selon les critères actuels, seraient admissibles à l'aide médicale à mourir en raison d'un trouble mental?

[Traduction]

**Helen Long:** Certainement. La Dre Gupta a souligné la nécessité pour les cliniciens d'évaluer les tendances suicidaires et de s'assurer que la personne n'est pas en situation de crise.

Je pense à Claire Elyse Brosseau. Beaucoup d'entre vous ont entendu parler de sa récente demande dans les médias aujourd'hui. C'est une personne qui a bénéficié de 35 ans de soins importants. Elle a eu accès à tous les traitements qu'elle pouvait souhaiter. Elle a travaillé longuement avec de nombreux psychiatres. Son psychiatre soutient sa décision. C'est un cas. John Scully en est un autre. On peut trouver des renseignements sur son histoire sur notre site Web. Ces cas sont assurément très rares. Il y en a peut-être un ou deux autres.

Nous discutons avec des cliniciens, notamment des psychiatres, qui exercent ce métier et qui songent à leurs patients au long de leurs années de pratique. Un clinicien, par exemple, a déclaré: « En quarante ans, j'ai peut-être vu quatre patients qui auraient été admissibles. » Quand on examine les chiffres, on voit qu'ils sont très peu nombreux. Je pourrais fournir certains chiffres en lien avec les appels que nous recevons. Nous ne sommes pas des cliniciens et nous n'évaluons pas l'admissibilité, mais je peux vous dire que la grande majorité de ceux qui appellent et qui se disent atteints d'une maladie mentale nous disent soit qu'ils n'ont pas été diagnostiqués,

soit qu'ils n'ont pas reçu de traitement. Ces personnes ne seraient jamais jugées admissibles à l'AMM.

[Français]

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci, madame DeBellefeuille et madame Long.

Sénateur Dalphond, vous avez la parole pour trois minutes.

[Traduction]

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

Madame Duncan, merci de nous avoir raconté votre histoire.

Vous l'avez racontée il y a trois ans. Si ma mémoire est bonne, votre mère était infirmière en psychiatrie.

**Alicia Duncan:** Oui, c'est exact.

**L'hon. Pierre Dalphond:** Elle a eu un accident de voiture et a subi une commotion cérébrale. Après une série d'examen, on a diagnostiqué chez elle... un syndrome de sensibilisation centrale.

**Alicia Duncan:** Elle n'a jamais reçu de diagnostic officiel de syndrome de sensibilisation centrale. En réalité, c'est elle qui pensait en souffrir.

**L'hon. Pierre Dalphond:** Elle vivait avec un partenaire.

**Alicia Duncan:** Oui, c'est exact.

**L'hon. Pierre Dalphond:** Oui.

Vous avez saisi le tribunal pour obtenir une ordonnance visant à la faire hospitaliser. Vous avez obtenu cette ordonnance...

**Alicia Duncan:** Nous...

**L'hon. Pierre Dalphond:** ... et elle est restée à l'hôpital pendant deux jours.

**Alicia Duncan:** Nous avons reçu un mandat de prise en charge à son égard en vertu de la Loi sur la santé mentale afin qu'elle subisse un examen approfondi. Quand le rendez-vous prévu pour l'AMM a été reporté, elle a tenté de se suicider. C'est à ce moment-là qu'elle a été admise dans le service psychiatrique qu'elle gérait auparavant.

**L'hon. Pierre Dalphond:** Et, après quelques jours, le médecin a estimé qu'elle pouvait sortir. Elle est rentrée chez elle et a bénéficié de l'AMM à domicile, en présence de son partenaire.

**Alicia Duncan:** Oui, c'est cela.

**L'hon. Pierre Dalphond:** Le partenaire a déclaré à CTV: « Les gens ne réalisent pas à quel point elle souffrait. »

Voilà toute l'histoire, pour que vous ayez tous les éléments.

Merci beaucoup, madame Duncan.

● (2020)

**Alicia Duncan:** Oui. Nous ne contestons pas le fait qu'elle souffrait.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci.

Sénatrice Martin, vous avez trois minutes.

**L'hon. Yonah Martin:** Merci aux témoins.

La question s'adresse à M. Schadenberg.

Certains défenseurs du système actuel affirment que les ordres de médecins et chirurgiens peuvent réguler les mauvaises pratiques. Ma famille a elle-même été confrontée à des erreurs médicales concernant mon père. Il est finalement décédé. Il nous a été pratiquement impossible d'obtenir une suite à cette situation malgré nos efforts. Cela a été très difficile.

D'après les cas que vous avez suivis, la réglementation professionnelle est-elle effectivement une mesure de sécurité efficace? Je crois que nous avons besoin de ces mécanismes de contrôle. Je vous pose la question en me basant sur les cas que vous avez suivis et certains que vous avez évoqués aujourd'hui.

**Alexander Schadenberg:** Je ferai deux remarques.

La première concerne ce qu'a dit la charmante dame assise à côté de moi, à savoir que les médecins peuvent faire l'objet de poursuites pour cela. Ils en sont très conscients. Et ils doivent faire très attention.

En réalité, selon le Code criminel, c'est impossible. Le Code est rédigé de manière à rendre cela impossible, puisqu'il suffit que le médecin ou l'infirmière praticienne « soit d'avis » que la personne remplit les critères d'admissibilité prévus par la loi. Ce n'est pas le seul aspect préoccupant, mais il est clair qu'il leur suffit de dire qu'ils sont d'avis que l'intéressé remplit les critères, et c'est tout. C'est terminé.

Quant aux organismes de réglementation provinciaux, quelques cas ont été portés à leur attention, mais il n'y a eu aucune suite notable. Le cas le plus grave a été celui d'un médecin de l'Ontario. C'était un cas particulièrement flagrant. L'ordre des médecins de l'Ontario a décidé de lui interdire de participer désormais à l'AMM, mais aucune autre mesure n'a été prise. Le médecin a continué d'exercer par ailleurs, mais on lui a simplement signifié qu'il ne pouvait plus participer à l'AMM. C'est tout.

**L'hon. Yonah Martin:** Dans votre témoignage, vous avez dit que nous n'avions pas fait un examen exhaustif de la situation. Je suis d'accord avec vous, parce que les chiffres confirment une augmentation des demandes d'AMM et du recours à cette procédure. On entend aussi parler d'un nombre croissant de cas problématiques. D'après vous, que révèlent précisément les résultats actuels qui rendraient une expansion en 2027 risquée?

**Alexander Schadenberg:** Il est impossible d'étendre l'AMM à la maladie mentale compte tenu du fonctionnement actuel du droit et de sa formulation. Je le dis pour deux raisons. La première est liée au caractère irrémédiable: si on ne peut pas prouver que le problème de santé est irrémédiable, le demandeur ne peut évidemment pas être admissible.

Imaginons qu'un professionnel, fort de son expérience, décide qu'une personne est dans une situation irrémédiable: on se retrouverait encore une fois dans une situation de « magasinage de docteur », de telle sorte que des personnes souhaitant obtenir l'AMM iraient voir tel psychiatre parce que c'est le seul qui serait disposé à approuver leur demande. Le psychiatre aurait seulement à déclarer, conformément à la loi, « être d'avis » que la personne remplit les critères...

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci, monsieur Schadenberg.

Sénatrice Moodie, vous avez trois minutes.

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

Madame Long, j'aimerais vous poser des questions au sujet de la consultation des Autochtones. J'ai exploré le site Web de Mourir dans la dignité pour me préparer à ces audiences et j'ai été frappée par le fait que vous amplifiez les voix de diverses communautés.

Il y a, sur le site, une conversation entre une mère autochtone, Marion Brown, et sa fille, Danielle Wilson-Brown, qui animent un balado intitulé « Before I Go...Embracing the Journey of MAiD ».

Il est clair que vous êtes attentive à la situation des Autochtones et que vous voulez les faire participer. Selon ce que nous avons entendu ici, la seule consultation des Autochtones au Canada a pris la forme d'un questionnaire en ligne auquel environ 250 personnes ont répondu. Il est évidemment essentiel de consulter correctement les Autochtones. Je vous pose donc la question: savez-vous s'il y a eu autre chose que ce questionnaire en ligne?

**Helen Long:** Oui. Santé Canada a publié un rapport en 2025 à la suite de plusieurs types de participation — virtuelle, en présentiel et sous forme de tables rondes — partout au pays, ainsi que des enquêtes et des consultations. Vous pouvez également voir sur notre site plusieurs comptes rendus liés à des récits autochtones concernant les soins, l'aide à mourir et d'autres sujets connexes. Dans le balado des Brown, on discute aussi avec des consultants, des praticiens et des familles autochtones.

Il y a beaucoup d'expertise dans cet espace.

• (2025)

**L'hon. Rosemary Moodie:** Merci.

Madame Duncan, le cas de votre mère a été examiné par le comité de surveillance de la Colombie-Britannique, l'ordre des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique et la police. Aucune faute professionnelle ou comportement criminel n'a été constaté. Aucune mesure disciplinaire n'a été prise. Aucune accusation n'a été portée. Plusieurs psychiatres ont participé à sa prise en charge. Plusieurs évaluateurs d'AMM ont aussi participé à sa prise en charge.

Êtes-vous d'accord avec ce que je viens de dire?

**Alicia Duncan:** L'ordre des médecins a déclaré que c'était une affaire pénale et nous a renvoyés à la police. L'enquête policière a ensuite été interrompue, parce que les policiers n'ont pas pu accéder aux dossiers d'évaluation AMM, que l'autorité sanitaire leur a refusés et qu'elle a aussi refusés à plusieurs reprises à notre famille. Nous ne pouvons rien faire pour les obtenir.

**L'hon. Rosemary Moodie:** Nous avons un problème ici. Si vous dites qu'une autorité sanitaire a refusé de transmettre des informations à la police, c'est vraiment un problème.

**Alicia Duncan:** C'est un énorme problème. Je ne cesse de le répéter. C'est un problème très, très grave.

**L'hon. Rosemary Moodie:** Je ne crois pas que cela vienne des évaluateurs de l'AMM ni du fait de choisir ou de fournir l'AMM. Je crois qu'il s'agit d'un problème systémique entre la police et le réseau de la santé. Il est là, le problème.

**Alicia Duncan:** Devrait-on étendre ce programme irresponsable?

**L'hon. Rosemary Moodie:** Excusez-moi, madame Duncan. C'est moi qui pose les questions ici.

Merci de votre réponse.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci, sénatrice Moodie.

Sénatrice Osler, vous avez trois minutes.

**L'hon. Flordeliz (Gigi) Osler:** Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins de leur présence aujourd'hui.

Madame Long, vous êtes PDG de Mourir dans la dignité depuis six ans. Dans votre témoignage ce soir, vous avez dit que les gens « veulent être autonomes et prendre leurs décisions médicales ». Vous avez présenté trois points de vue et citations.

Pourriez-vous nous parler des perspectives qu'on vous a exposées au sujet de l'autonomie dans le cadre de votre travail avec l'organisation?

**Helen Long:** Oui, certainement.

Nous sommes une organisation de défense des droits de la personne. Nous nous intéressons aux choix et aux soins de fin de vie. Les perspectives en question sont donc généralement favorables à l'AMM. Les gens veulent pouvoir contrôler leurs derniers jours. Ils veulent pouvoir choisir le type de soins de santé qu'ils reçoivent à l'approche de leur fin de vie. Ils veulent prendre leurs propres décisions. Ils souhaitent le plus souvent prendre l'avis de leur famille et de leurs proches, mais, au final, ils veulent prendre leurs propres décisions. Ils veulent être informés de toutes les options. Et ils veulent pouvoir choisir eux-mêmes la voie qu'ils emprunteront.

**L'hon. Flordeliz (Gigi) Osler:** Merci.

Vous avez cité trois témoignages. S'agit-il de cas marginaux?

**Helen Long:** Ce sont des cas marginaux par rapport au nombre de personnes avec lesquelles nous travaillons. La plupart des personnes que nous rencontrons souhaitent recevoir l'AMM par la voie 1 ou cherchent de l'information à ce sujet. On nous parle aussi de la voie 2, notamment des personnes souffrant de handicaps ou de maladies dont l'issue n'est pas raisonnablement prévisible. Ensuite, un plus petit nombre concerne la maladie mentale.

Encore une fois, parmi ceux qui nous contactent, beaucoup ne fournissent pas d'information indiquant qu'ils remplissent les critères d'admissibilité. Il y a d'autres récits sur notre site Web, peut-être une vingtaine, qui ressemblent aux brefs extraits que j'ai cités. Ils représentent la plupart des gens qui nous ont contactés et qui ont une histoire vraiment poignante et estiment pouvoir effectivement recevoir l'AMM par cette voie un jour. Certains sont évidemment des gens que nous avons perdus durant ces années d'attente.

**L'hon. Flordeliz (Gigi) Osler:** Perdus à cause de...

**Helen Long:** Du suicide.

**L'hon. Flordeliz (Gigi) Osler:** Merci, madame Long.

Merci, monsieur le président.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci.

Sénateur Wells, vous avez trois minutes.

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

Madame Long, le Comité a surtout entendu de nombreux témoins opposés à ce que l'AMM soit autorisée pour les personnes ayant une maladie mentale, malgré les données empiriques étayant ces affirmations. L'un des arguments souvent avancés est qu'une personne suicidaire ou nourrissant des idées suicidaires pourrait facilement obtenir l'AMM. Or, on sait très bien que, au Canada, pour obtenir l'AMM, il faut remplir certains critères d'admissibilité très stricts. Le fait d'être suicidaire n'est pas un critère d'admissibilité à l'AMM.

Est-ce que, d'après votre expérience, les personnes aux idées suicidaires peuvent avoir facilement accès à l'AMM? Toujours d'après votre expérience, les personnes qui demandent l'AMM ont-elles simplement baissé les bras ou ont-elles véritablement essayé tous les traitements possibles avant de demander l'AMM?

● (2030)

**Helen Long:** Non. Les témoignages que j'ai cités viennent de personnes qui ont suivi des traitements pendant des décennies. Elles ont tout tenté. Elles ont généralement reçu de bons soins. Elles sont souvent assez aisées ou ont une bonne situation, et c'est ce qui leur a permis d'obtenir les soins nécessaires. Elles ont le sentiment qu'il leur est impossible d'aller mieux. Lisez le récit de Claire sur notre site Web. J'ai parlé de plusieurs histoires de ce genre dans mon premier mémoire. Claire a reconnu avoir eu de bonnes journées de temps en temps, mais pas dans les dernières années. Elle a le sentiment qu'elle n'ira jamais assez bien pour avoir une vie épanouissante et heureuse.

Il y a un certain nombre de cas semblables. Ces personnes ont véritablement fait tous les efforts possibles et ont finalement décidé qu'elles ne voulaient plus continuer. C'est leur choix. Elles ont consulté leurs psychiatres et leurs cliniciens. Elles ne prennent pas cette décision à la légère. Dans bien des cas, comme celui de Claire, elles ont le soutien de leur famille.

**L'hon. Kristopher Wells:** Merci.

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

Nous passons maintenant à la deuxième série de questions, en commençant par M. Lawton. Vous avez trois minutes, monsieur.

**Andrew Lawton:** Madame Long, dans votre mémoire, vous avez déclaré que les personnes aux tendances suicidaires ne seront pas admissibles.

Devant le comité, le Dr Sonu Gaiind, le Dr John Maher, la Dre Allison Crawford, le Dr Sandip Gandham, la Dre Margaret McKinnon, le Dr Jitender Sareen et le Dr Sanjeev Sockalingam ont tous déclaré que les médecins ne peuvent pas distinguer avec certitude entre le désir de mourir par l'AMM et des tendances suicidaires.

Ce sont des médecins. Vous ne l'êtes pas. Que savez-vous qu'ils ignorent?

**Helen Long:** Je vous renverrais simplement aux médecins — beaucoup moins nombreux parmi vos témoins — qui ont affirmé être en mesure d'évaluer les tendances suicidaires, comme la Dre Gupta et d'autres.

**Andrew Lawton:** Cela ne vous inquiète-t-il pas que beaucoup d'entre eux estiment ne pas avoir cette capacité comme médecins?

**Helen Long:** Ceux qui sont prêts à faire ce travail estiment en avoir la capacité. S'ils se retrouvaient dans une situation où ils ne se sentent pas capables d'évaluer le cas, je suis convaincue qu'ils consulteraient des spécialistes ou qu'ils refuseraient d'approuver l'admissibilité de l'intéressé.

**Andrew Lawton:** Votre organisation a déjà intenté des poursuites contre des établissements qui ne jugent pas opportun d'offrir ce service.

Voulez-vous dire que vous feriez une exception si un praticien juge que ce n'est pas la meilleure solution?

**Helen Long:** Notre organisation est connue pour soutenir les recours juridiques visant à protéger les droits garantis par la Charte.

**Andrew Lawton:** Donc, vous pourriez poursuivre en justice des praticiens qui ne veulent pas fournir l'AMM à des personnes atteintes d'une maladie mentale.

**Helen Long:** Non. Chaque clinicien a la possibilité de décider s'il souhaite ou non évaluer un patient ou offrir l'AMM. Il n'y aura jamais de poursuite de notre part pour contraindre les cliniciens à quoi que ce soit.

Nos poursuites se concentrent sur la constitutionnalité et les droits garantis par la Charte.

**Andrew Lawton:** De nombreux témoignages et de nombreuses études menées sur le sujet révèlent un lien entre la maladie mentale et des facteurs externes comme la solitude, la pauvreté, l'insécurité et l'absence de réseau social.

Selon vous, combien de ces facteurs devraient justifier qu'une personne demande l'AMM?

**Helen Long:** Ces facteurs ne font pas partie des critères d'admissibilité.

Plusieurs études, notamment celles du Dr James Downar, de Jocelyn Downie et d'autres, montrent que des facteurs comme l'isolement social ne permettent pas de justifier l'accès à l'AMM.

**Andrew Lawton:** Dans votre témoignage écrit, vous dites que l'AMM, si elle est élargie aux personnes atteintes d'une maladie mentale sur la seule base de ce critère, n'élargirait pas l'accès aux personnes récemment diagnostiquées ou à celles qui n'ont jamais reçu de traitement pour leur maladie mentale.

Où exactement est-ce précisé dans la loi que nous examinons?

**Helen Long:** Ce n'est pas inscrit dans la loi, mais cela fait partie des critères d'admissibilité dont le clinicien doit tenir compte dans son évaluation.

**Andrew Lawton:** Seriez-vous favorable à une réforme qui inscrirait cela noir sur blanc dans la loi?

**Helen Long:** En général, cela n'y figure pas. Cela se trouve dans les normes de pratique, les lignes directrices, les documents de l'ordre professionnel, les modules de formation et d'autres documents.

**Andrew Lawton:** La clarté dont vous parlez n'existe donc pas réellement.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci, monsieur Lawton.

Monsieur Fragiskatos, vous avez trois minutes.

**Peter Fragiskatos (London-Centre, Lib.):** Merci beaucoup, monsieur le président.

C'est la première réunion à laquelle j'assiste comme nouveau député libéral. Je me réjouis de travailler avec mes collègues conservateurs, avec le Bloc, bien sûr, et avec les sénateurs. C'est un sujet très important, c'est le moins qu'on puisse dire.

Sur ce, je vais m'adresser à Mme Long.

Je voudrais revenir sur le premier témoin que nous avons entendu. Cela m'a réellement marqué de l'entendre dire que, dans la grande majorité des cas observés — cet expert a notamment parlé des Pays-Bas, mais pas seulement —, les personnes sollicitant

l'aide médicale à mourir pour maladie mentale vivent dans la pauvreté. Elles sont traumatisées. Elles vivent un traumatisme profond. Cela nous a tous marqués, je crois. Cela en dit long sur les tenants et aboutissants de ce débat.

Comment réagissez-vous à cette observation, madame Long?

• (2035)

**Helen Long:** Je crois que nous sommes tous conscients qu'on pourrait faire plus pour soutenir les personnes vivant dans la pauvreté ou ayant besoin d'un soutien en santé mentale. Dans ce même groupe de témoins, vous avez entendu des gens dire que nous sommes en mesure d'évaluer ces facteurs et d'en tenir compte dans l'évaluation préalable à l'AMM.

**Peter Fragiskatos:** D'accord, mais j'ai aussi entendu ce témoin dire que, quand une situation semble irrémédiable et que la porte vers la guérison semble complètement fermée, elle peut soudainement s'ouvrir.

Monsieur Schadenberg, pourriez-vous nous en parler? Il y a beaucoup à dire au sujet de ceux qui sont atteints d'une maladie mentale et qui ont perdu tout espoir, mais pour qui l'espoir resurgit tout à coup. Que se passerait-il si le gouvernement et les parlementaires adoptaient une position sur l'aide médicale à mourir qui permette que cela se produise?

**Alexander Schadenberg:** Au moment où le débat sur cette question a repris, nous avons demandé aux gens de nous envoyer des récits de leur expérience personnelle. J'ai reçu le témoignage d'une certaine Andrea, qui disait avoir souffert d'une grave maladie mentale entre 2011 et 2016. Elle a été hospitalisée six fois en psychiatrie et aurait voulu recourir à l'AMM si cela avait été possible. Ce ne l'était pas, et aujourd'hui elle est heureuse d'être vivante.

Une certaine Catherine nous a envoyé une lettre similaire au sujet de plusieurs tentatives de suicide. Elle a été traitée comme un cas grave et irrémédiable, mais quelque chose a changé dans sa vie. Elle est aujourd'hui mariée et stable. Elle a un enfant, un emploi à temps plein et est heureuse d'être vivante.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci.

[Français]

Madame DeBellefeuille, vous avez la parole pour deux minutes.

**Claude DeBellefeuille:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Madame Long, on sait qu'il y a des affaires en instance, des recours judiciaires concernant des personnes qui ont un trouble mental et qui demandent l'aide médicale à mourir. En décidant de ne pas élargir l'accès à celle-ci, ou du moins de poursuivre la réflexion, c'est comme si on donnait aux patients le fardeau de faire clarifier la loi. Je trouve que c'est assez injuste.

Êtes-vous d'avis qu'on pourrait demander à la Cour suprême si, selon elle, la discrimination envers les gens atteints d'un trouble mental en ce qui a trait à l'accès à l'aide médicale à mourir respecte l'esprit de la Charte?

Avant de prendre une décision quant à savoir si la disposition de temporisation devrait se poursuivre ou non, devrait-on demander l'avis de la Cour suprême, selon vous?

[Traduction]

**Helen Long:** Cette mesure n'a pas été prise quand la loi a été promulguée. En fait, le gouvernement de l'époque s'attendait à ce que la Cour suprême la rejette, mais c'est clairement une mesure qui pourrait être prise.

Au cours d'une réunion antérieure, je crois que c'est le sénateur Dalphond qui a fait remarquer que cette approche fait peser le fardeau de la preuve sur les patients. C'est vrai, en effet, et peut-être que le fardeau ne devrait pas leur revenir.

[Français]

**Claude DeBellefeuille:** Nous connaissons tous des exemples de personnes qui, finalement, ont décidé de mettre fin à leurs jours parce qu'elles ne pouvaient plus supporter la vie qu'elles avaient, malgré tout le soutien familial et psychiatrique.

Que diriez-vous aux gens qui sont dans une telle situation, si jamais le Comité retenait l'idée de retirer cette possibilité de la loi?

[Traduction]

**Helen Long:** Oui, c'est très difficile. Nous avons fait beaucoup de travail dans le cadre des programmes ASIST et safeTALK et des formations en intervention. Nous orientons régulièrement des personnes vers les services d'aide psychologique du 988 dans tout le pays. Sans grand succès, nous avons tenté de collaborer avec plusieurs organismes pour offrir un accompagnement personnalisé aux personnes qui ont réellement besoin d'aide et ne cherchent pas vraiment à obtenir l'AMM. Nous faisons parfois des appels de contrôle, quand cela s'avère nécessaire.

J'invite instamment le Comité, quelle que soit la recommandation qu'il fera, à clarifier les choses et à fournir un échéancier aussi précis que possible avant la date limite de mars. Certaines personnes placent beaucoup d'espoir dans ce processus. À chaque échéance, nous constatons des pertes dues à la frustration, au découragement, à la déception et à la détresse.

• (2040)

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci, madame Long.

Sénatrice Moodie, vous avez deux minutes.

**L'hon. Rosemary Moodie:** Ma question s'adresse à Mme Long.

Comme comité et dans le processus actuel, je crois que nous n'avons pas donné la parole aux personnes ayant une expérience vécue, comme Mme Brosseau, dont vous avez parlé tout à l'heure. D'ailleurs, nous sommes plusieurs à avoir proposé qu'elle témoigne.

**Tamara Jansen:** J'ai un rappel au Règlement. Nous avons accueilli pas mal de témoins ayant une expérience vécue. Cela a déjà été dit. Mettons les choses au clair.

**L'hon. Rosemary Moodie:** Excusez-moi. Est-ce que vous donnez la parole à...

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Désolé, qui est...

**L'hon. Rosemary Moodie:** Est-ce qu'on peut arrêter le chronomètre, s'il vous plaît?

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Madame Jansen, vous avez un rappel au Règlement.

**Tamara Jansen:** Je tiens à rétablir la vérité. Nous avons reçu beaucoup de gens ayant une expérience vécue. Il y a d'ailleurs une dame parmi nous en ce moment même.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Sénatrice Moodie...

**L'hon. Rosemary Moodie:** J'étais sur le point d'expliquer en quoi son expérience vécue est fondamentalement différente.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Vous avez la parole, sénatrice Moodie.

**L'hon. Rosemary Moodie:** Merci.

Mme Brosseau est une personne qui s'est publiquement exprimée sur sa maladie, sur les interventions qu'elle a subies, et sur sa volonté de recourir à l'AMM.

Ma question à Mme Long est la suivante: elle qui côtoie des gens comme Mme Brosseau, comment se sent-elle et comment d'autres comme elle se sentent-ils quand nous ne les écoutons pas, alors que, en fait, nous écoutons ici les parents, les frères, les sœurs et d'autres?

**Helen Long:** Je tiens à préciser d'abord que les personnes ayant une expérience vécue qui ont été absentes de ces auditions sont celles qui, hors les critères d'exclusion, seraient admissibles et approuvées pour l'AMM. Mme Brosseau s'est d'ailleurs soumise à deux évaluations préalables à l'AMM pour tenter son action en justice, et on sait donc qu'elle pourrait y être admissible.

Voici une note que Claire m'a donnée hier:

Je suis profondément déçue et je dois avouer être quelque peu choquée par ce qui se passe au... Comité. [Je sais] qu'il n'y a « qu'un nombre limité d'heures dans une journée » pour entendre des témoignages, mais j'aurais pensé que les membres voudraient prendre quelques minutes pour écouter une personne ayant une expérience vécue, en plus des... personnes déjà entendues qui s'y opposent. J'ai proposé de comparaître devant le Comité pour présenter mon point de vue de personne ayant une expérience vécue de la maladie mentale à qui on a refusé l'AMM. On entend souvent l'expression « Rien sur nous sans nous », et pourtant ils ont refusé d'entendre les personnes victimes de l'exclusion...

**Tamara Jansen:** Puis-je faire un autre rappel au Règlement?

Nous avons tous eu largement l'occasion — les sénateurs, et tout le monde — de consulter la liste des témoins, et maintenant on laisse entendre que nous ne l'avons pas fait.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Je ne pense pas que ce soit un rappel au Règlement.

Monsieur Cooper, vous avez la parole pour un rappel au Règlement qui pourrait en être un ou non.

**Michael Cooper:** Pour ce même rappel au Règlement, ces sénateurs ont dit et répété que la liste des témoins n'était pas vraiment représentative.

Je rappelle à la sénatrice Moodie que, à la dernière réunion, 13 des 38 témoins entendus par le Comité avaient été proposés par ces mêmes sénateurs.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci. Ce n'était pas un rappel au Règlement.

Sénatrice Moodie, il ne vous reste que trois secondes.

**L'hon. Rosemary Moodie:** [Inaudible] Consultez les articles de presse à ce sujet.

**Le coprésident (Marcus Powlowski):** Merci, sénatrice Moodie.

Pour finir, la parole est au sénateur Wells pour trois minutes.

**L'hon. Kristopher Wells:** Madame Long, vous avez parlé tout à l'heure de trois universitaires et de certaines de leurs études, notamment de celle du Dr James Downar, qui est ici à Ottawa et qui a fait des recherches empiriques sur les vulnérabilités sociales. J'espère que, à l'appui de votre témoignage, vous nous transmettez ces documents pour qu'ils soient versés au compte rendu officiel pour nos délibérations.

**Helen Long:** Oui, absolument.

**L'hon. Kristopher Wells:** Merci.

Le Comité a entendu plusieurs témoignages très inquiétants, principalement de témoins opposés à l'AMM TM-SPMI, au sujet de demandes d'AMM illégales qui ont été approuvées. Il s'agissait, par exemple, de demandes d'AMM en raison d'un chagrin d'amour ou de cas de magasinage pour trouver un médecin disposé à fournir

l'AMM, mais aucun de ces témoins n'a été en mesure de donner suite aux démarches qu'ils avaient entreprises pour porter ces affaires devant les autorités compétentes et entamer des poursuites.

D'après votre expérience auprès de personnes qui font une demande d'AMM, estimez-vous que les mesures actuelles pour prévenir un accès illégal fonctionnent?

● (2045)

**Helen Long:** À mon avis, oui. Des personnes et leurs familles nous parlent de ces démarches. Honnêtement, les plus grandes difficultés dont on nous parle sont les obstacles en matière d'information, d'accès, d'orientation, etc.

**L'hon. Kristopher Wells:** Parfait. Merci.

---







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>