



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

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

---

# Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

TÉMOIGNAGES

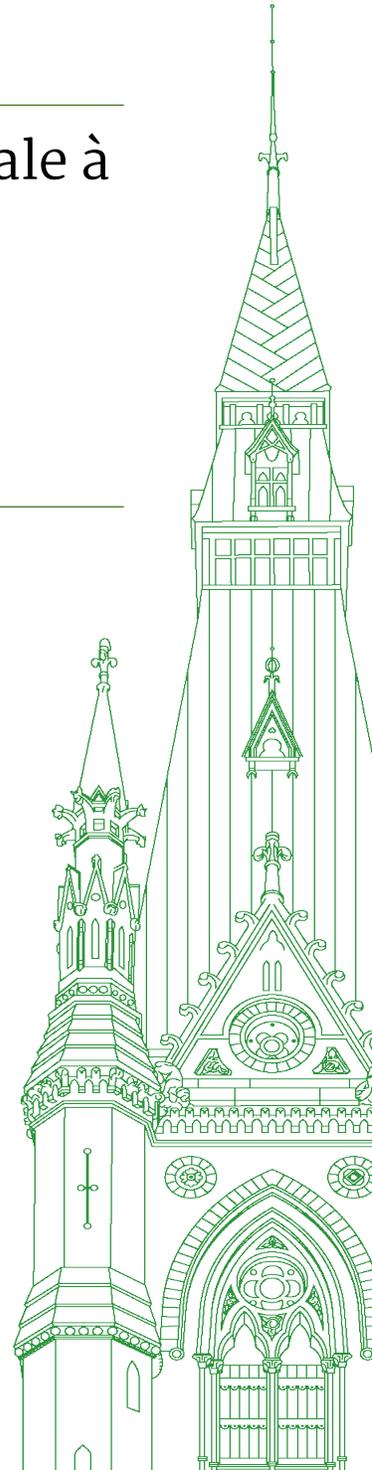
**NUMÉRO 038**

**PARTIE PUBLIQUE SEULEMENT - PUBLIC PART ONLY**

Le mardi 7 novembre 2023

---

Coprésidents : M. René Arseneault L'honorable Yonah Martin





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

Le mardi 7 novembre 2023

• (1830)

[Français]

**Le coprésident (M. René Arseneault (Madawaska—Restigouche, Lib.)):** Bonsoir.

Je souhaite la bienvenue à cette réunion du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir aux membres du Comité, aux témoins et aux membres du public qui suivent cette réunion sur le Web.

[Traduction]

Je m'appelle René Arseneault, et je suis le coprésident du Comité pour la Chambre des communes. Je suis accompagné de l'honorable Yonah Martin, coprésidente du Comité pour le Sénat.

[Français]

Aujourd'hui, nous entreprenons notre examen du degré de préparation atteint pour une application sûre et adéquate de l'aide médicale à mourir, lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué, conformément à la recommandation 13 du deuxième rapport du Comité.

[Traduction]

Je demanderais aux membres du Comité ainsi qu'aux témoins de bien vouloir garder leur microphone en mode sourdine, à moins que l'un des deux coprésidents ne leur ait donné nommément la parole. Je rappelle que tous les commentaires doivent être adressés aux coprésidents. Veuillez parler lentement et clairement en vous rapprochant le plus possible de votre microphone afin de faciliter la tâche à nos interprètes. En mode vidéoconférence, l'interprétation se fait comme pour une réunion sur place. Vous avez le choix, au bas de votre écran, entre le parquet, l'anglais et le français.

[Français]

Enfin, j'aimerais souhaiter la bienvenue de façon virtuelle au premier groupe de témoins.

De l'Association des psychiatres du Canada, nous recevons la Dre Alison Freeland, présidente du conseil d'administration et coprésidente du groupe de travail sur l'aide médicale à mourir.

[Traduction]

Nous recevons également Mme Shelley Birenbaum, présidente du Groupe de travail sur la fin de vie à l'Association du Barreau canadien.

Merci d'être des nôtres aujourd'hui, Mmes Freeland et Birenbaum.

Nous allons d'abord entendre les observations préliminaires de la Dre Freeland, qui sera suivie de Mme Birenbaum.

Je vais devoir me montrer très strict avec tout le monde quant au respect du temps imparti, car nous souhaiterions tenir au moins

deux tours de questions. Si vous posez une question alors qu'il vous reste seulement 10 secondes, vous n'aurez pas droit à une réponse. Je demande la collaboration de tous à ce sujet.

Docteure Freeland, vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes.

**Dre Alison Freeland (présidente du conseil d'administration et co-présidente du groupe de travail sur l'AMM, Association des psychiatres du Canada):** Merci.

Je m'appelle Alison Freeland. Je suis psychiatre, et je suis ici en ma qualité de présidente du conseil d'administration de l'Association des psychiatres du Canada — ou APC — et de coprésidente de notre Groupe de travail sur l'aide médicale à mourir — ou AMM. Merci de me permettre de vous présenter aujourd'hui le point de vue de notre association à l'occasion de votre examen du degré de préparation atteint pour une application sûre et adéquate de l'aide médicale à mourir, lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué.

Porte-parole national des psychiatres et des psychiatres en formation du Canada, l'APC s'est donné comme mission de faire la promotion de soins et de traitements de la meilleure qualité possible pour les personnes atteintes d'une maladie mentale, et d'assurer la prise en compte des besoins professionnels de ses membres en soutenant l'excellence dans la formation, la recherche et la pratique clinique.

L'APC ne prend pas position sur la légalité ou la moralité de l'aide médicale à mourir, pas plus qu'elle ne s'est prononcée quant à savoir si une telle option devrait être offerte lorsque la maladie mentale est le seul problème de santé invoqué. Nous sommes toutefois d'avis que nos lois doivent toujours protéger les droits de tous les Canadiens qui sont vulnérables, sans indûment stigmatiser les personnes aux prises avec une maladie mentale ou faire preuve de discrimination à leur endroit simplement en raison de leur état de santé.

L'APC a surtout appuyé l'effort de préparation en communiquant ses points de vue pour l'établissement de normes et d'un programme de formation à l'échelle nationale; en sensibilisant ses membres à la réalité de l'aide médicale à mourir; et en contribuant à mieux documenter cette forme d'aide. Notre groupe de travail a de plus fourni sa rétroaction pour l'élaboration de la norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir qui a été rendue publique en mars dernier. L'APC a aussi fait partie du Comité directeur national pour un programme canadien de formation sur l'aide médicale à mourir. C'est ainsi que l'on a pu mettre sur pied un programme pour la formation des évaluateurs et des prestataires qui est accessible depuis septembre. En outre, plusieurs membres de l'APC ont fait partie des groupes de travail de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM — ou ACEPA — qui ont conçu les différents modules de formation.

Au moyen de son bulletin d'information hebdomadaire, l'APC tient régulièrement ses membres au fait de l'évolution des normes de pratique et de leur teneur, ainsi que du programme de formation. Nous veillons sans cesse à informer nos membres des possibilités de formation en matière d'aide médicale à mourir et à les aider à s'en prévaloir.

Lors de notre congrès annuel de 2022, nous avons tenu une table ronde réunissant 140 participants afin d'explorer les considérations éthiques liées aux décisions en matière d'aide médicale à mourir, à l'évaluation de la capacité et du caractère volontaire, et à la distinction entre suicide et aide médicale à mourir. Plus récemment, lors de notre congrès annuel tenu le mois dernier, une séance plénière a permis de discuter de la nécessité d'un programme national de formation et d'en tracer les grandes lignes. Plus de 300 délégués ont participé à cette plénière.

Parallèlement à ce congrès, nous avons organisé à l'intention de nos membres qui sont des cliniciens agréés une session du module de formation sur l'aide médicale à mourir et les troubles mentaux qui était animée par un formateur. À la lumière de mes discussions informelles avec nos partenaires des systèmes, quelque 100 psychiatres seraient maintenant inscrits au programme de formation en aide médicale à mourir. Nous continuons de transmettre de l'information sur les possibilités de formation à venir au moyen de notre bulletin.

Notre revue à comité de lecture, *La Revue canadienne de psychiatrie*, a publié différents articles afin d'apporter des précisions sur certains aspects de l'aide médicale à mourir, y compris une nouvelle recherche menée par van Veen et ses collègues établissant 13 critères consensuels pour définir le caractère irrémédiable dans le contexte de l'aide médicale à mourir aux Pays-Bas. Au quotidien, les psychiatres établissent des diagnostics, prodiguent des traitements et évaluent les capacités de patients souffrant de troubles mentaux, mais nous allons chercher à les aider davantage dans leur travail en publiant sous peu dans *La Revue canadienne de psychiatrie* un article sur la capacité de consentement à l'aide médicale à mourir. Notre groupe de travail demeure actif et se réunira prochainement pour cerner d'autres sujets à l'égard desquels nos membres pourraient avoir besoin d'un soutien plus poussé.

Nous nous tenons en outre au courant de l'état de préparation des systèmes de santé par l'entremise de membres de notre groupe de travail et via notre Conseil des associations de psychiatres qui permet un échange d'information sur les enjeux d'importance nationale en réunissant les présidents des différentes associations provinciales.

Notre rôle en tant qu'organisation nationale consiste à écouter nos membres et à dialoguer avec eux. Alors que certains psychiatres ne sont pas favorables à l'aide médicale à mourir, d'autres souhaitent en apprendre davantage et pourront choisir de contribuer à titre de consultants ou d'évaluateurs, et éventuellement de prestataires. L'expertise des psychiatres est importante dans le contexte de l'aide médicale à mourir, mais nous n'évoluons pas en vase clos. Nous travaillons au sein d'équipes interdisciplinaires qui font passer au premier plan l'expérience vécue par le patient et sa famille et leur perspective sur la situation pour trouver le juste équilibre entre, d'une part, la nécessité de prodiguer des traitements en espérant une guérison et, d'autre part, le droit d'un patient apte à le faire à décider des soins qui lui seront donnés.

Je vous remercie et je serai ravie de répondre à vos questions.

• (1835)

**Le coprésident (M. René Arseneault):** Merci, madame Freeland.

Madame Birenbaum, vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes.

**Mme Shelley Birenbaum (présidente, Groupe de travail sur la fin de vie, L'Association du Barreau canadien):** Bonsoir, mesdames et messieurs les coprésidents et honorables membres du Comité. Je m'appelle Shelley Birenbaum, et je suis présidente du Groupe de travail sur la fin de vie à l'Association du Barreau canadien. Merci de me donner l'occasion de prendre la parole devant le Comité.

L'Association du Barreau canadien — ou ABC — est un organisme national qui représente 37 000 avocats — notaires au Québec —, professeurs et étudiants en droit; elle a pour mandat l'amélioration du droit et de l'administration de la justice. Notre Groupe de travail sur la fin de vie est composé de représentants de divers domaines d'expertise, notamment le droit constitutionnel et les droits de la personne, la justice pénale, le droit de la santé, et le droit des enfants et des jeunes.

L'aide médicale à mourir est un sujet complexe qui polarise les débats en soulevant des enjeux fondamentaux comme le juste équilibre à trouver entre les valeurs concurrentielles que sont le respect de l'autonomie et la nécessité d'assurer la protection de ceux qui peuvent en avoir besoin. Dans ce contexte, il est essentiel de reconnaître que la souffrance des personnes aux prises avec une maladie mentale n'est pas moins réelle que celle des patients dont les problèmes de santé sont d'ordre physique. Les personnes souffrant d'une maladie mentale devraient donc avoir le même pouvoir de décider des soins qu'elles sont disposées à recevoir, pour autant qu'elles satisfassent à certains critères.

Nous souhaitons porter trois considérations principales à l'attention du Comité. Premièrement, en refusant carrément d'offrir l'aide médicale à mourir à toutes les personnes qui invoquent à ce titre uniquement un problème de santé mentale, on s'expose fortement à des contestations au terme de la Constitution du fait que l'on enfreindrait le droit à l'égalité, à la sécurité et à la liberté garanti par la Charte canadienne. Deuxièmement, le Code criminel offre déjà des garanties législatives permettant de protéger ceux et celles dont le seul problème de santé invoqué est d'ordre mental et qui pourraient ainsi être vulnérables. Troisièmement, comme le soulignait Mme Freeland, des ressources additionnelles ont été élaborées et mises à la disposition des professionnels de la santé pour mieux les guider dans ce domaine.

Parlons plus en détail de la question de la constitutionnalité. Une exclusion générale des personnes aux prises avec une maladie mentale ferait sans doute l'objet d'une contestation constitutionnelle. On ferait en effet valoir qu'il y a discrimination à l'encontre de ces personnes et qu'on leur refuse le droit à l'égalité devant la loi, ce qui irait à l'encontre de l'article 15 de la Charte. Une interdiction générale exacerberait les souffrances et se traduirait sans doute par une violation des droits à la sécurité de la personne et à la liberté, c'est-à-dire à la capacité de prendre soi-même les décisions concernant son intégrité corporelle, comme nous le garantit l'article 7 de la Charte.

Il existe d'ores et déjà des garanties législatives. Le Code criminel offre une gamme complète de garanties procédurales quant aux critères à remplir pour qu'une personne soit jugée admissible à l'aide médicale à mourir. Il faut notamment que sa capacité décisionnelle soit établie, que deux évaluations indépendantes soient menées et qu'il y ait consentement éclairé. Les critères applicables au volet 2 — lorsque la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, ce qui est le cas la plupart du temps lorsqu'une maladie mentale est en cause — sont encore plus rigoureux. On exige alors un consentement éclairé sans équivoque, la consultation d'un expert du domaine, une période de réflexion et une confirmation indiquant que toutes les options ont été sérieusement envisagées.

Les professionnels de la santé sont déjà tenus d'évaluer la capacité décisionnelle avant d'offrir un traitement, et il est courant pour les psychiatres de procéder à une telle évaluation pour les personnes aux prises avec une maladie mentale, d'établir un pronostic sur l'évolution de la maladie et de mesurer les risques de propension au suicide, ce qu'il faut distinguer de l'aide médicale à mourir. Il faut éviter d'instaurer des garanties additionnelles qui prolongeraient indûment les souffrances de ceux qui seraient par ailleurs admissibles à l'aide médicale à mourir, et s'inspirer des pratiques qui ont fait leurs preuves dans le traitement des maladies mentales.

Nous sommes conscients que de nombreux outils sont en cours d'élaboration et que bon nombre des recommandations du Groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale sont présentement mises en œuvre pour atteindre l'état de préparation voulu. Nous n'ignorons pas que des documents comme le « Modèle de norme de pratiques en matière d'aide médicale à mourir » et le « Document de référence » ont été mis au point, tout comme le programme complet de formation pour le Canada qui comprend un module sur la santé mentale et l'aide médicale à mourir. En outre, les provinces et les territoires de même que les instances réglementaires peuvent continuer à concevoir des directives et des outils dans le cadre de leur rôle de réglementation des soins et des professionnels de la santé.

La possibilité d'offrir l'aide médicale à mourir lorsque la maladie mentale est le seul problème de santé invoqué est à l'étude depuis près de neuf ans et a fait l'objet de deux reports. À notre avis, l'admissibilité des personnes concernées ne peut plus être reportée et la date prévue d'entrée en vigueur en mars 2024 devrait être respectée.

Au nom de l'Association du Barreau canadien, je vous remercie encore une fois de m'avoir donné l'occasion de prendre la parole aujourd'hui. C'est avec plaisir que je répondrai à toutes vos questions.

• (1840)

[Français]

**Le coprésident (M. René Arseneault):** Merci, madame Birenbaum.

Je remercie les deux témoins d'avoir respecté leur temps de parole.

Je donne maintenant la parole à la coprésidente du Comité.

[Traduction]

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin (sénatrice, Colombie-Britannique, C):** Merci à nos deux témoins d'être des nôtres ce soir.

Je rappelle à mes collègues que nous devons nous en tenir rigoureusement au temps imparti à chacun, compte tenu de la fenêtre limitée à notre disposition.

Nous aurons d'abord un premier tour de questions où le représentant de chacun des partis aura droit à cinq minutes.

Nous commençons donc par M. Fast pour une période de cinq minutes.

**L'hon. Ed Fast (Abbotsford, PCC):** Merci, madame la présidente.

Mes premières questions sont pour la Dre Freeland.

Docteur Freeland, comparez-vous aujourd'hui devant notre comité au nom de l'ensemble de la profession psychiatrique, au nom d'un groupe de travail ou à titre personnel?

**Dre Alison Freeland:** Je veux juste rappeler que je suis ici au nom de l'Association des psychiatres du Canada, une organisation nationale à laquelle peuvent adhérer les psychiatres et les psychiatres en formation de tout le pays. Je suis la présidente du conseil d'administration en plus de coprésider notre groupe de travail sur l'aide médicale à mourir.

**L'hon. Ed Fast:** Merci.

Vous exprimez-vous au nom de tous les psychiatres?

**Dre Alison Freeland:** Je parle au nom de l'APC, qui représente les psychiatres membres de notre association. Nous comptons parmi nos membres environ 50 % des psychiatres canadiens. Cette proportion est assez stable depuis un certain nombre d'années. Nous nous réjouissons par ailleurs vivement du fait que le nombre de nos membres en formation a grimpé d'environ 19 % depuis un an. Nous avons également...

**L'hon. Ed Fast:** Je vous remercie. Vous représentez donc environ la moitié des psychiatres canadiens.

Il y a une chose que je voudrais savoir. Vous avez présidé un comité qui s'est penché sur l'aide médicale à mourir pour les personnes ayant des troubles mentaux. D'après ce que j'ai pu comprendre, votre comité a conclu en mars 2020 que ces gens-là devraient avoir accès à l'aide médicale à mourir au même titre que tous les autres patients. C'est d'ailleurs ce que vous avez répété aujourd'hui dans votre déclaration.

Tout indique que votre association n'a jamais consulté officiellement ses membres pour en arriver à cet énoncé de principe rendu public par votre comité. Est-ce bien le cas?

• (1845)

**Dre Alison Freeland:** Je suis heureuse de pouvoir vous expliquer le processus que nous avons suivi pour les deux énoncés de principe et pour les consultations que nous avons menées auprès de nos membres.

L'APC publie fréquemment des énoncés de principe et des déclarations sur des enjeux liés à la pratique psychiatrique. Nous suivons à cette fin une procédure bien établie. Par l'intermédiaire de notre Groupe de travail sur l'aide médicale à mourir, nous avons effectivement consulté nos membres à différentes occasions, y compris au moyen de sondages, et ce, depuis 2016. Nous avons établi au départ un groupe d'action ponctuel et avons tenu des colloques...

**L'hon. Ed Fast:** Docteur, je ne vous demande pas de nous expliquer le fonctionnement exact de votre processus de consultation. Je veux juste savoir si vos membres ont été officiellement consultés. Vos membres vous ont-ils indiqué clairement qu'il y avait consensus pour que vous alliez de l'avant avec cette initiative?

**Dre Alison Freeland:** Est-ce que votre question porte en fait sur cet énoncé de principe qui a été rendu public, puis modifié dans la foulée du projet de loi C-7, ainsi que sur notre document de discussion, nos deux sondages et notre consultation publique?

**L'hon. Ed Fast:** Oui, mais parlons d'abord de cet énoncé de principe que vous avez rendu public.

**Dre Alison Freeland:** Pour l'énoncé de principe, notre Comité des normes professionnelles et de la pratique a mis de l'avant une proposition en s'appuyant sur la politique de l'APC. Nous ne nous sommes pas prononcés sur la moralité ou le caractère éthique de l'aide médicale à mourir dans le contexte de la santé mentale, pas plus que sur la pertinence d'intégrer la maladie mentale à cette dynamique.

**L'hon. Ed Fast:** Je comprends cela.

**Dre Alison Freeland:** Nous avons surtout voulu souligner à quel point il est important de ne pas stigmatiser tout un groupe d'individus en raison de ses problèmes de santé.

**L'hon. Ed Fast:** Est-ce que vos consultations vous ont permis de discerner un consensus parmi vos membres à savoir que nous serions prêts à offrir l'aide médicale à mourir aux personnes souffrant d'une maladie mentale?

**Dre Alison Freeland:** Je pense ne rien vous apprendre en vous disant que tous les psychiatres canadiens, y compris ceux qui sont membres de notre association, ne voient pas du même œil l'aide médicale à mourir dans le contexte de la maladie mentale...

**L'hon. Ed Fast:** Alors, il n'y a pas consensus.

**Dre Alison Freeland:** Nous sommes une organisation regroupant différents membres, et nous nous réjouissons qu'il puisse y avoir un débat constructif, et que ce débat puisse se poursuivre. Nous avons notamment à cette fin mis au point...

**L'hon. Ed Fast:** C'est tout ce que j'ai besoin de savoir. Il n'y a pas vraiment de consensus au sein de votre profession à l'heure actuelle. Est-ce que je me trompe?

**Dre Alison Freeland:** Si c'est un consensus à 100 % que vous recherchez pour une intervention touchant les personnes ayant des troubles mentaux, je peux vous dire qu'il est généralement admis qu'il est impossible de dégager un tel consensus à l'égard de bon nombre des aspects de la médecine.

Je ne suis pas certaine d'avoir bien répondu à votre question. Je suis désolée.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Il vous reste une quinzaine de secondes.

**L'hon. Ed Fast:** Vraiment? Bonté divine. Merci.

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

Nous passons maintenant à M. Maloney pour une période de cinq minutes.

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

Je tiens à remercier nos deux témoins d'être avec nous aujourd'hui.

J'aimerais revenir à quelque chose que vous avez dit, docteur Freeland. Je présume que vous avez pris connaissance des rapports produits par ce comité lors de sessions précédentes.

**Dre Alison Freeland:** Oui, j'ai eu l'occasion de les lire.

**M. James Maloney:** Dans notre rapport de juin 2022, nous recommandions ce qui suit:

Il faut mettre en place des normes de pratique et des lignes directrices claires, offrir une formation adéquate aux professionnels, faire en sorte que les patients soient rigoureusement évalués et établir un cadre de surveillance utile .... Pour y arriver, il faudra la collaboration des organismes de réglementation, des associations professionnelles, des comités institutionnels et de tous les ordres de gouvernement, et il est important que tous ces intervenants soient engagés....

Souscrivez-vous à ces recommandations?

**Dre Alison Freeland:** J'estime que ce sont des mesures importantes à prendre si l'on veut être prêt à passer à l'action dans ce dossier.

**M. James Maloney:** Merci.

Vous avez participé — c'est en tout cas ce que je présume à la lumière de votre réponse à M. Fast — au processus d'élaboration des normes de pratique pour le compte de l'APC. Est-ce bien le cas?

**Dre Alison Freeland:** On a effectivement demandé à notre organisation de faire part de ses commentaires pour contribuer à l'élaboration de ces normes.

**M. James Maloney:** D'accord, et si je vous ai bien entendu, vous avez indiqué que 100 psychiatres se sont inscrits jusqu'à maintenant au programme d'études. Est-ce bien...

**Dre Alison Freeland:** C'est ce que j'ai pu apprendre quant aux inscriptions à ce programme. Je peux d'ailleurs vous dire que je suis du nombre.

**M. James Maloney:** D'accord. Merci.

Vous avez dit qu'environ 50 % des psychiatres canadiens sont membres de votre organisation. Combien y a-t-il de psychiatres au Canada?

**Dre Alison Freeland:** Il y en a juste un peu moins de 5 000. Notre association représente donc un peu moins de 2 500 psychiatres.

**M. James Maloney:** D'accord. Une centaine des 5 000 psychiatres du Canada se sont donc inscrits à ce programme de formation sur l'aide médicale à mourir pour les gens souffrant de problèmes mentaux. C'est bien cela?

• (1850)

**Dre Alison Freeland:** Si on parle du nombre d'inscriptions, c'est l'information que j'ai reçue. Cela dit, l'APC ne surveille pas le nombre exact de psychiatres participant à...

**M. James Maloney:** D'accord, mais diriez-vous, tout comme moi, que cela semble bien peu? Je ne suis pas très bon en maths, alors je ne tenterai pas de deviner le pourcentage, mais il n'est pas très élevé.

Ne pensez-vous pas qu'il serait préférable que beaucoup plus de vos membres s'inscrivent et complètent le programme avant que le processus ne soit instauré?

**Dre Alison Freeland:** Je suis désolée, mais j'ai manqué la fin de votre question.

**M. James Maloney:** Permettez-moi de reformuler ma pensée. Diriez-vous, tout comme moi, qu'il serait important que toute personne consultée sur l'aide médicale à mourir dans un cas de maladie mentale ait suivi des cours dans le cadre de ce programme?

**Dre Alison Freeland:** Je crois qu'il faut tenir compte d'une chose en particulier. Les psychiatres offrent des consultations dans le cadre du processus d'évaluation des demandes d'aide médicale à mourir, et sont donc formés sur divers enjeux importants. Mme Birenbaum l'a très bien expliqué. Tous les psychiatres suivent une formation d'au moins cinq ans qui porte notamment sur l'évaluation diagnostique, la planification du traitement et les approches fondées sur des données probantes...

**M. James Maloney:** Je ne veux pas vous interrompre ou être impoli, mais mon temps est limité.

Je suis d'accord avec vous pour dire que les psychiatres suivent une formation très sérieuse et exhaustive. Cela dit, vous avez participé à l'élaboration de ce processus et de ce programme, mais peu de psychiatres y ont participé. Ne pensez-vous pas qu'il serait préférable qu'un nombre beaucoup plus important de vos membres — et de psychiatres partout au Canada, en fait — suivent ces cours avant de participer au processus?

**Dre Alison Freeland:** Ces cours viennent à peine de commencer. Le programme n'est disponible que depuis l'automne.

**M. James Maloney:** C'est précisément là où je veux en venir.

Dans le cadre du mandat de notre comité, nous avons été chargés de déterminer l'état de préparation. Si seulement 100 psychiatres sur 5 000 ont suivi des cours dans ce programme... Je suis désolé. En fait, ils ne les ont pas suivis. Ils se sont inscrits à des cours du programme. Seriez-vous d'accord avec moi pour dire que cela jette un doute sur l'état de préparation?

**Dre Alison Freeland:** Je n'en suis pas certaine.

Je considère toujours que les psychiatres peuvent jouer un rôle dans le processus d'évaluation et d'octroi de l'aide médicale à mourir. L'intérêt d'être un expert et de fournir une opinion d'expert à ceux qui peuvent être formés pour être des évaluateurs et des prestataires... C'est ce qui est inscrit dans le Code criminel, si je ne m'abuse. J'estime que de nombreux psychiatres pourraient jouer ce rôle. Ils sont déjà formés pour offrir des consultations et des avis d'experts.

**M. James Maloney:** Mon temps file.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Il vous reste 30 secondes.

**M. James Maloney:** Madame Birenbaum, vous avez dit que le sous-comité comprend 37 membres qui font partie de l'Association du Barreau canadien.

**Mme Shelley Birenbaum:** Non. J'ai dit que l'Association du Barreau canadien compte 37 000 avocats.

**M. James Maloney:** D'accord.

**Mme Shelley Birenbaum:** Je représente le groupe de travail sur la fin de vie, qui est un sous-comité de l'Association du Barreau canadien.

**M. James Maloney:** Ma question s'adresse à vous deux.

Est-il juste de dire qu'il n'y a pas de consensus entre la communauté juridique et la communauté médicale — dans votre cas, la communauté psychiatrique — sur l'état de préparation? Je sais que

certaines organisations ont déjà clairement dit ne pas penser être prêtes.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Je suis désolée, mais le temps est écoulé.

Serait-ce possible d'avoir une réponse rapide, un simple oui ou non? Ai-je le consensus du Comité? D'accord.

Je suis désolée. Nous allons passer au prochain intervenant.

Vous disposez de cinq minutes, monsieur Thériault.

[Français]

**M. Luc Thériault (Montcalm, BQ):** Merci beaucoup.

Docteur Freeland, Mme Birenbaum a dit plus tôt que, selon elle, il fallait aller de l'avant en mars 2024. Êtes-vous du même avis ou votre association l'est-elle?

[Traduction]

**Dre Alison Freeland:** Je veux m'assurer de bien comprendre votre question. Me demandez-vous si notre association est du même avis que l'Association du Barreau canadien, à savoir qu'il faudrait instaurer l'octroi de l'aide médicale à mourir en mars pour cause de maladie mentale?

[Français]

**M. Luc Thériault:** Oui.

[Traduction]

**Dre Alison Freeland:** Il s'agit d'un enjeu complexe. Ce que nous avons tenté de dire, notamment, c'est que nous nous efforçons de nous y préparer. L'important, du point de vue de l'Association des psychiatres du Canada, c'est de comprendre que nous ferons partie d'une équipe de prestataires de soins de santé qui fourniront de l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes de maladies mentales. La plupart des éléments qui nous préoccupent font déjà partie des évaluations de cas d'aide médicale à mourir. Pour les personnes atteintes d'un trouble du deuxième volet, beaucoup des choses auxquelles nous pensons sont liées à des enjeux à cet égard.

• (1855)

[Français]

**M. Luc Thériault:** D'accord.

Je croyais que ma question était simple. Vous n'êtes pas en mesure de me répondre par oui ou par non. Je le comprends.

Dans plusieurs écrits, on dit que, grosso modo, 50 % des psychiatres sont réticents à la possibilité de rendre disponible l'aide médicale à mourir à des personnes atteintes de troubles mentaux. Dans le mémoire que vous avez déposé au comité mixte, en mai 2022, vous avez écrit:

[...] il est essentiel qu'au moins un psychiatre indépendant ayant une expertise dans le trouble mental en question effectue une évaluation clinique complète pour valider si le patient a reçu un diagnostic précis et s'il a eu accès à une évaluation, un traitement et du soutien en matière de santé mentale fondés sur des données probantes pendant une période adéquate, en fonction des normes de soin généralement acceptées.

On retrouve aussi cette opinion, à savoir qu'il faut un psychiatre indépendant ayant une expertise dans le trouble mental en question, dans la recommandation 10 du Rapport final du Groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale.

Croyez-vous que nous avons les ressources nécessaires pour mettre en œuvre cette recommandation?

[Traduction]

**Dre Alison Freeland:** Je répéterais une chose en premier: j'estime que les psychiatres ont une expertise dans certains domaines pertinents pour les évaluations de cas d'aide médicale à mourir. Je pense notamment au diagnostic et à la compréhension des maladies réfractaires, aux questions de capacité et à l'évaluation du risque de suicidalité. Nous avons surtout appris de nouvelles choses sur l'aide médicale à mourir et sa mise en œuvre, et nous comprenons qu'elle ne concerne pas qu'une seule profession. Nous pensons que dans la plupart des cas d'aide médicale à mourir octroyée aux personnes atteintes de maladies mentales...

[Français]

**M. Luc Thériault:** Vous ne répondez pas à ma question. C'est peut-être un problème du côté de l'interprétation.

Monsieur le président, j'espère que vous allez en tenir compte dans l'attribution de mon temps de parole.

Je vous demande si on a suffisamment de ressources et de psychiatres pour répondre à la recommandation 10 du groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir et à la recommandation semblable que vous avez mise dans votre mémoire.

Ma question était-elle assez claire?

[Traduction]

**Dre Alison Freeland:** Vous me demandez s'il y a suffisamment de ressources en psychiatrie pour cela. Prenons un pas de recul et pensons aux cas de santé mentale et de toxicomanie. Nous fournissons des soins de santé mentale et des avis d'experts sur divers enjeux, mais nous n'avons pas assez de ressources pour toutes sortes de choses à cet égard. Cela dit, lorsqu'il est nécessaire d'obtenir un avis d'expert pour un cas d'aide médicale à mourir, il faut rassembler les informations nécessaires pour déterminer si le patient y est admissible ou non, et cela peut prendre du temps. Il faut parfois un peu de temps pour recueillir les bonnes informations nécessaires à la prise de décision.

Y a-t-il suffisamment de psychiatres spécialisés dans l'aide médicale à mourir? Probablement pas. Y a-t-il suffisamment de psychiatres pour fournir des soins de santé mentale en général? Pas nécessairement, et il en va de même pour de nombreuses autres spécialités médicales, où les gens peuvent attendre l'avis d'un expert pour d'autres pathologies envisagées dans le cadre du deuxième volet.

[Français]

**M. Luc Thériault:** Si je comprends bien, vous voulez faire de l'obligation d'avoir un psychiatre indépendant expert dans le trouble mental en cause une mesure de sauvegarde supplémentaire et vous nous dites, ce soir, que vous ne savez pas si on a les ressources pour offrir l'aide médicale à mourir aux gens qui ont des troubles mentaux.

Est-ce que j'arrive à la bonne conclusion?

[Traduction]

**Dre Alison Freeland:** Non, je crois que ce que je dis, c'est que nous comprenons qu'il n'y a pas assez de ressources dans de nombreux aspects des soins de santé. Nous savons que le nombre de psychiatres à la disposition des Canadiens est probablement insuffisant. Il y a encore des listes d'attente pour avoir accès à des avis d'experts.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Merci, docteure Freeland.

Nous allons maintenant passer à M. Angus, qui se joint à nous virtuellement, ce soir.

Vous disposez de cinq minutes.

**M. Charlie Angus (Timmins—Baie James, NPD):** Merci, madame la présidente.

Ma question est simple, docteure Freeland. Dans quatre mois, le Canada va probablement franchir un point de non-retour. Sommes-nous prêts pour cela?

**Dre Alison Freeland:** Je pense que c'est en partie ce que nous tentons de déterminer aujourd'hui.

Nous réfléchissons à l'état de préparation, mais il comporte divers aspects. Sommes-nous prêts à l'échelle nationale? Disposons-nous des normes nationales adéquates? Je crois que oui. Avons-nous un programme de formation disponible à l'échelle nationale? Oui, je crois bien. Lorsque nous pensons à...

**M. Charlie Angus:** C'est ce que vous croyez? Je suis désolé, mais notre rapport final publié en février 2023 stipulait « qu'il n'y a pas eu assez de temps pour l'élaboration des normes de pratique » qui « sont essentielles pour garantir une approche réfléchie et cohérente à l'égard de l'AMM ».

J'ai constaté, au cours de toutes mes années passées au Parlement, que les choses n'évoluent pas très vite. J'ai vraiment du mal à croire que nous sommes soudainement devenus prêts depuis février... Le Sénat non élu nous a donné une date arbitraire, qui a été fixée au mois de mars 2023. Les libéraux ont ensuite reporté cette date à 2024.

Puis-je dire à mes électeurs de ne pas s'inquiéter et que tout sera fait correctement en respectant les dispositions et les protections en place si jamais l'un de leurs proches en dépression sévère décide de mettre fin à ses jours? Pouvez-vous me le garantir? Puis-je leur dire que ces protections sont déjà en place? Cela deviendra loi dans quatre mois, après tout.

● (1900)

**Dre Alison Freeland:** Je ne crois pas pouvoir dire que tout est prêt du point de vue de l'APC, parce que nous ne disposons pas de toutes les informations nécessaires pour nous prononcer sur l'état de préparation des systèmes de santé. Cela dit, je peux vous parler de l'état de préparation clinique et des normes.

**M. Charlie Angus:** Il s'agit d'un point crucial. On est censé veiller à ce que le souhait du demandeur soit « réfléchi rationnellement pendant une période de stabilité et non pendant une période de crise », ce qui pourrait nécessiter des évaluations en série.

C'est très bien, tout cela, mais cela ne ressemble en rien à ce que j'ai pu voir dans le monde réel. Nous avons, au bureau, des personnes qui souffrent de dépression sévère. Nous côtoyons des familles qui se trouvent dans un trou noir, sombre et profond, et nombre d'entre elles n'ont pas de médecin et n'ont jamais vu de psychiatre.

Il est prévu que cette mesure devienne loi dans quatre mois. Quelqu'un qui souffre d'une dépression sévère pourra mettre fin à ses jours. Comment pourrais-je dire à sa famille que tout a été fait pour s'assurer qu'il conservait sa capacité d'agir? Comme puis-je lui dire de ne pas s'inquiéter? Comment puis-je lui garantir que la procédure protégera cette personne souffrant d'une dépression sévère qui aura décidé de mettre fin à ses jours?

**Dre Alison Freeland:** Ce n'est pas parce qu'une personne demande une évaluation pour recevoir l'aide médicale à mourir qu'elle y a droit.

Les normes, qui s'accompagnent de conseils pour les divers professionnels impliqués, énoncent clairement certains des éléments qui doivent être soigneusement pris en compte lors d'une évaluation. Je crois qu'on a beaucoup réfléchi à l'élaboration et à la diffusion des normes ainsi qu'aux conseils. Ces éléments sont à notre disposition.

**M. Charlie Angus:** Je n'en doute pas et je ne remets pas en cause la grande intégrité des psychiatres, mais le fait est que... Moi, je fais affaire au monde réel. Je ne m'occupe pas de scénarios hypothétiques, mais plutôt de ce que je vois. Je représente le Grand Nord, qui connaît une terrible crise de suicide dans les communautés autochtones. Il y a une telle crise de santé mentale continue qu'on a dû déclarer l'état d'urgence.

Lorsque je vous demande si nous sommes prêts, j'ai besoin de savoir que je peux retourner voir les communautés du Traité n° 9 et leur garantir que toutes les protections sont en place pour veiller à ce que tout soit fait dans les règles si jamais un de leurs proches erre dans la rue, sévèrement dépressif, et décide de mettre fin à ses jours. Si ces protections sont inadéquates, il est de notre devoir de dire aux citoyens que nous ne sommes pas prêts.

Y a-t-il des protections en place?

**Dre Alison Freeland:** Je ne crois pas pouvoir vous répondre.

Je crois qu'on a consacré beaucoup de temps et d'efforts à ce dossier. Je fais écho à certains des commentaires que ma collègue a formulés au début de la réunion. On a eu beaucoup de temps pour y réfléchir.

On a décidé d'intégrer d'autres troubles médicaux complexes dans le deuxième volet de l'aide médicale à mourir, tout comme un grand nombre de problèmes liés aux troubles mentaux. On doit en tenir compte.

**M. Charlie Angus:** Soit, mais le gouvernement libéral nous a imposé un délai de quatre mois. Cette mesure deviendra loi dans quatre mois. Nous ferons bientôt relâche pour la période des Fêtes, et nous ne siégerons pas non plus en janvier.

Je me répète, mais il faut que je puisse dire aux gens de ne pas s'inquiéter. Je dois pouvoir leur dire qu'on aura réfléchi à tout avant que cette loi entre en vigueur. Je n'ai pas encore entendu cette réponse.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Malheureusement, le temps est écoulé.

**M. Charlie Angus:** Merci.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Nous allons maintenant passer aux questions des sénateurs.

[Français]

**Le coprésident (M. René Arseneault):** Sénatrice Mégie, c'est vous qui commencez.

Vous avez la parole pour trois minutes.

**L'hon. Marie-Françoise Mégie (sénatrice, Québec (Rougemont), GSI):** Merci, monsieur le président.

J'ai une question à poser à chacune des témoins. Je souhaiterais une réponse rapide.

Ma première question s'adresse à la Dre Freeland.

Les activités de formation pour les psychiatres qui devront prodiguer l'aide médicale à mourir ont-elles déjà commencé? J'aimerais que vous me répondiez par oui ou par non.

• (1905)

[Traduction]

**Dre Alison Freeland:** Oui.

[Français]

**L'hon. Marie-Françoise Mégie:** D'accord.

Je sais qu'il manque déjà de ressources en psychiatrie pour soigner les patients. Il faudra donc que cela se partage, que des psychiatres suivent des patients et d'autres s'occupent de l'aide médicale à mourir.

Avez-vous une idée du pourcentage de médecins psychiatres qui souhaitent suivre ces formations?

[Traduction]

**Dre Alison Freeland:** Je ne saurais le dire avec certitude.

[Français]

**L'hon. Marie-Françoise Mégie:** D'accord, je vous remercie.

Madame Birenbaum, j'aimerais savoir quels critères ont déjà été établis par l'Association du Barreau canadien pour donner de façon sécuritaire l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes de maladies mentales.

[Traduction]

**Mme Shelley Birenbaum:** Nous n'avons pas participé à l'élaboration des critères de titre d'avocats. Nous avons plutôt examiné ce qui existe présentement dans la législation. Si l'on examine toutes ces mesures de sauvegarde, en particulier l'expression « pas raisonnablement prévisible », on constate qu'elles sont raisonnablement solides, du moins suffisamment pour veiller à ce que les demandeurs soient prêts à accéder à l'aide médicale à mourir. Ils doivent être jugés admissibles pour la recevoir. Le cadre juridique nous semble solide.

Voulez-vous que je vous énonce les critères inscrits dans le Code criminel?

[Français]

**Le coprésident (M. René Arseneault):** Il vous reste 45 secondes.

**L'hon. Marie-Françoise Mégie:** Nous pourrions le vérifier dans le Code criminel.

Merci beaucoup.

**Le coprésident (M. René Arseneault):** Il vous reste encore 45 secondes, sénatrice Mégie.

**L'hon. Marie-Françoise Mégie:** Non, ça va. Je les cède à mon collègue.

[Traduction]

**Le coprésident (M. René Arseneault):** Nous allons maintenant passer au sénateur Kutcher.

Vous disposez de trois minutes.

**L'hon. Stanley Kutcher (sénateur, Nouvelle-Écosse, GSI):** Je remercie les témoins d'être des nôtres.

J'aimerais d'abord clarifier une chose.

L'Association des psychiatres du Canada ne représente pas de psychiatres au Québec. Est-ce exact?

**Dre Alison Freeland:** Oui.

**L'hon. Stanley Kutcher:** Si on réunit l'APC et l'AMPQ, cela représente environ 75 % des psychiatres au Canada.

**Dre Alison Freeland:** Puis-je reformuler ma réponse? Nous avons des membres québécois qui font partie de l'APC et de l'AMPQ. Toutes mes excuses.

**L'hon. Stanley Kutcher:** Oui, et si on réunit ces deux associations, cela représente environ 75 % des psychiatres.

On vous a posé une question sur le grand nombre de psychiatres nécessaires. Or, nous savons, d'après les données des pays du Benelux, que très peu de personnes souffrant d'une seule maladie mentale seraient jugées admissibles à l'aide médicale à mourir. Nous ignorons si nous aurons besoin de 5 000 psychiatres — c'est peu probable — ou si nous pourrions nous contenter de 50 ou 100 psychiatres au début. Certains disent que nous avons besoin de beaucoup de psychiatres... Je ne sais pas si cela est logique. L'est-ce, selon vous?

**Dre Alison Freeland:** Je suis d'accord avec vous là-dessus. Ce n'est pas tout le monde qui prend part aux nouvelles mesures dans le domaine de la santé mentale ou dans celui de la médecine en général. Nous l'avons constaté à maintes reprises. Tout le monde n'est pas formé pour tout faire en matière de soins de santé.

**L'hon. Stanley Kutcher:** Il est donc faux de dire que nous avons besoin de milliers de psychiatres.

Parlons de l'état de préparation. Je pense que vous avez utilisé une belle expression pour cela. A-t-on établi des normes de pratique médicales?

**Dre Alison Freeland:** Vous me demandez si on a établi des normes de pratique médicales? Nous disposons de normes nationales, qui ont été élaborées avec l'avis de professionnels, oui.

**L'hon. Stanley Kutcher:** Qu'en est-il du programme? L'a-t-on élaboré?

**Dre Alison Freeland:** Oui.

**L'hon. Stanley Kutcher:** Il est offert aux psychiatres et à tous les médecins du pays qui souhaitent le suivre.

**Dre Alison Freeland:** C'est exact.

**L'hon. Stanley Kutcher:** Est-ce qu'il y a des programmes en cours pour former plus de psychiatres? Il y a cinq mois, combien de psychiatres avaient suivi la formation?

**Dre Alison Freeland:** Aucun, parce que nous n'avions pas...

**L'hon. Stanley Kutcher:** Il y a eu une augmentation de 100 % en très peu de temps.

**Dre Alison Freeland:** C'est exact. J'ai tenté de m'inscrire à un programme, mais je suis sur une liste d'attente parce que je ne peux [inaudible].

**L'hon. Stanley Kutcher:** Je peux faire le calcul.

Mon point, c'est que nous sommes en train de créer des compétences. Je ne connais aucune spécialité en médecine où toutes les compétences sont acquises le premier jour. La trajectoire est longue. Il ne faut faire attention de ne pas donner une fausse impression au sujet de la formation médicale.

Ma prochaine question s'adresse à Mme Birenbaum.

Il règne une certaine confusion au sein du Comité au sujet du rôle des gouvernements provinciaux et du gouvernement fédéral dans l'évaluation de l'état de préparation. En tant que gouvernement fédéral, notre travail consiste à évaluer l'état de préparation en fonction des critères qui relèvent de notre compétence seulement.

Croyez-vous que l'exclusion de certaines personnes restreigne les droits issus de la Charte? Dans quelle mesure le manque de préparation pourrait-il être considéré comme un motif pour restreindre les droits? De quelle façon la Cour suprême évaluerait-elle la justification relative au manque de préparation d'une province?

• (1910)

**Le coprésident (M. René Arseneault):** Il vous reste 10 secondes.

**Mme Shelley Birenbaum:** Tout ce que je peux dire, c'est que nous avons eu environ neuf ans pour y penser. Je crois qu'il y a eu trois années de retard, au cours desquelles il y avait une exclusion absolue. Je crois qu'un tribunal tiendrait compte de toutes les années qui sont passées, afin de déterminer s'il s'agit d'une exclusion justifiable.

Je crois aussi...

**Le coprésident (M. René Arseneault):** Merci, madame Birenbaum.

[Français]

Sénateur Dalphond, vous avez maintenant la parole pour trois minutes.

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

[Traduction]

**L'hon. Pierre Dalphond:** J'aimerais faire suite à la question du sénateur Kutcher, madame Birenbaum. Je vais vous donner quelques minutes de plus pour terminer votre réponse. Mes questions allaient dans le même sens.

Comment la loi nous permet-elle de gérer les tensions possibles entre la Charte des droits — des droits garantis, notamment aux personnes atteintes de troubles mentaux, comme vous l'avez dit plus tôt — et le besoin de mettre en place des normes et des formations appropriées pour protéger les personnes vulnérables? Comment peut-on atteindre un équilibre entre le droit absolu d'accès et le droit de protéger les personnes vulnérables? Si le Comité conclut à un manque de préparation, est-ce que cela reviendrait aux normes de l'article 1 de la Charte, selon vous?

**Mme Shelley Birenbaum:** Le manque de préparation pourrait certainement être associé à l'article 1 de la Charte. Toutefois, je crois que le cadre juridique visant à protéger les personnes vulnérables est associé à certaines protections. Une personne doit tout d'abord être apte. C'est ce que déterminent les intervenants du domaine des soins de santé au quotidien. Est-ce que la personne est apte à prendre une décision? Il faut refuser l'accès aux personnes inaptes en ce sens. Ensuite, il faut déterminer si les traitements offerts ont été suffisants et tenir compte d'autres facteurs. Il faut savoir si le moyen a été désigné.

Le processus d'évaluation de l'aide médicale à mourir représente en soi une protection pour les personnes vulnérables. Cela revient à l'article 1. Les mesures de protection sont suffisantes.

**L'hon. Pierre Dalphond:** Est-ce que nous devrions faire une distinction entre les protections légales et les protections pratiques sur le terrain?

**Mme Shelley Birenbaum:** Comme les professionnels de la santé ont une responsabilité criminelle, je présume qu'ils doivent attester qu'une personne répond à tous les critères. Sinon, ils peuvent être tenus criminellement responsables. Selon mon expérience avec les praticiens de l'aide médicale à mourir — et j'en connais plusieurs —, je sais qu'ils prennent la question très au sérieux. Pour ce qui est des détails pratiques, je crois qu'ils respecteront les paramètres juridiques.

**Le coprésident (M. René Arseneault):** Sénatrice Osler, vous disposez de trois minutes. Allez-y.

**L'hon. Flordeliz Osler (sénatrice, Manitoba, GSC):** Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins d'être avec nous aujourd'hui.

Ma question s'adresse à la Dre Freeland.

Nous avons entendu des psychiatres qui avaient entrepris la formation. Dans quelle mesure les psychiatres qui participent à l'évaluation des demandes d'aide médicale à mourir ou qui agissent à titre d'experts-conseils pour les évaluateurs des demandes d'aide médicale à mourir sont-ils bien préparés? Pouvez-vous nous donner une idée de leur état de préparation actuel? Quel sera-t-il dans cinq mois?

**Dre Alison Freeland:** Je crois que les psychiatres sont prêts à faire le travail lorsque la consultation d'un expert est requise. Leur travail consiste à offrir des consultations d'experts dans les domaines clés du diagnostic, de l'examen des plans de traitement, de l'évaluation de la capacité, de l'évaluation des tendances suicidaires, de la comorbidité, etc.

Nous savons que certains psychiatres participent déjà à l'évaluation de l'admissibilité. L'un d'entre eux a présenté un exposé à une conférence le mois dernier. D'autres y participent activement; ils sont peu nombreux.

Il y aura une augmentation du nombre de psychiatres dans ces deux domaines précis. Je ne m'attends pas à ce qu'un grand nombre d'entre eux deviennent évaluateurs ou prestataires de l'aide médicale à mourir. Je pense que les psychiatres participeront plutôt à l'évaluation de la maladie et à certains aspects importants de cette question.

• (1915)

**L'hon. Flordeliz Osler:** Docteur Freeland, est-il déjà arrivé qu'une nouvelle pratique du domaine de la psychiatrie soit intro-

duite, que certains psychiatres n'y soient pas préparés, mais qu'elle soit tout de même mise en oeuvre? De quelle façon l'Association des psychiatres du Canada a-t-elle répondu à de telles situations? Je pense notamment aux traitements à la kétamine ou à base de psilocybine.

**Dre Alison Freeland:** Ce sont d'excellents exemples, et j'en aurais soulevé quelques-uns. Il y a aussi le SMTr. Ce sont des pratiques nouvelles et actives et des aspects novateurs du traitement et des soins psychiatriques. Il y a un nombre limité de personnes qui ont une expertise en la matière. L'ACP intervient parce que notre mission consiste à offrir des possibilités d'éducation ou l'accès à celles-ci pour aider les gens à en apprendre davantage et à se familiariser avec ces éléments. C'est ainsi que nous offrons des possibilités à nos membres dans ces domaines.

**La sénatrice F. Gigi Osler:** Merci.

**Le coprésident (M. René Arseneault):** Il vous reste 20 secondes.

**L'hon. Flordeliz Osler:** J'ai terminé.

**Le coprésident (M. René Arseneault):** Madame Martin, vous disposez de trois minutes. Nous n'avons plus beaucoup de temps.

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

Je sais qu'il y a eu beaucoup de questions sur l'état de préparation et que c'est un enjeu qui nous préoccupe. Vous avez répondu à certaines questions au sujet du manque de...

J'ai une question au sujet d'une enquête du 1<sup>er</sup> octobre 2023 réalisée auprès de psychiatres du Manitoba. Seulement 33 % d'entre eux avaient répondu être en faveur de la légalisation de l'aide médicale à mourir dans les cas de troubles mentaux. Dans la même enquête, 65 % des répondants ont fait valoir qu'ils n'avaient pas suffisamment de connaissances en la matière. Cela revient à la question du manque de préparation ou aux préoccupations connexes.

Pourriez-vous d'abord nous parler des 33 % des psychiatres qui sont en faveur d'une législation dans le domaine?

**Dre Alison Freeland:** Les 33 % qui sont en faveur...

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Seulement 33 % des psychiatres sont en faveur de la légalisation de l'aide médicale à mourir dans les cas de troubles mentaux.

**Dre Alison Freeland:** Je pense que diverses enquêtes ont été réalisées sur le sujet, et je ne crois pas qu'aucune d'entre elles n'ait obtenu l'appui de 100 % des psychiatres, pour toutes sortes de raisons. Il pourrait s'agir de la façon dont le questionnaire a été conçu ou du manque de formation et de compréhension de certaines personnes à l'égard de cet enjeu. Certaines personnes n'acceptent pas le concept de l'aide médicale à mourir.

Je pense que l'un des défis dans tout cela, c'est que le Canada a décidé que cette possibilité devait être offerte à ses citoyens. À certains égards, bien qu'il soit important de tenir compte de la contribution des psychiatres, au bout du compte, qu'ils le veuillent ou non, c'est une chose légale qui est offerte aux Canadiens. Il faut tenir compte de ce facteur dans tout cela. Je pense qu'il est important...

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Merci. Je n'ai pas beaucoup de temps.

La même enquête a révélé que 65 % des répondants avaient une compréhension adéquate de l'aide médicale à mourir dans les cas de maladie mentale. Comme ils font un travail de premier plan et qu'ils doivent être prêts à intervenir, qu'est-ce que vous dit ce résultat?

**Dre Alison Freeland:** Je dirais que nous continuons d'essayer d'offrir aux gens des occasions d'accroître leur compréhension et leur sensibilisation à cet égard. Nous assurons un lien avec le programme qui vient tout juste d'être mis en oeuvre. Je pense qu'il y a de plus en plus d'occasions pour les psychiatres qui choisissent de se familiariser davantage avec cette question de recevoir la formation nécessaire pour soutenir les évaluations de l'aide médicale à mourir.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Nous avons entendu des préoccupations au sujet des enjeux ruraux et urbains; le besoin est urgent dans les communautés rurales. Il y a un manque de psychiatres dans certaines de ces régions. Que répondriez-vous à ces préoccupations?

**Dre Alison Freeland:** Je crois qu'il s'agit d'une question très importante. C'est un autre enjeu, mais notre association fait valoir l'importance de l'accès aux soins psychiatriques de façon générale. Le recours à la télépsychiatrie représente une étape importante en vue d'améliorer l'accès pour les personnes qui vivent dans les régions rurales et nordiques.

Nous nous sommes penchés sur la question de la régionalisation de la délivrance des permis d'exercice, dans le but d'aider les Canadiens à avoir accès à un psychiatre de façon générale, et non uniquement dans les cas d'aide médicale à mourir.

**Le coprésident (M. René Arseneault):** Merci, docteur Freeland.

• (1920)

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Nous pouvons passer à une deuxième série de questions.

Monsieur Fast, vous disposez de trois minutes.

**L'hon. Ed Fast:** Merci beaucoup.

Mes questions s'adressent à Mme Birenbaum.

Madame Birenbaum, vous connaissez bien l'organisation Mourir dans la dignité, qui est un groupe de défense des personnes qui souhaitent avoir accès à l'aide médicale à mourir. Est-ce exact?

**Mme Shelley Birenbaum:** Oui, je la connais bien.

**L'hon. Ed Fast:** Êtes-vous conseillère juridique pour cette organisation?

**Mme Shelley Birenbaum:** Non, je suis bénévole. J'ai déjà répondu à certaines questions et j'ai discuté avec ses membres.

**L'hon. Ed Fast:** Leur avez-vous donné des conseils juridiques?

**Mme Shelley Birenbaum:** Oui.

**L'hon. Ed Fast:** Merci.

Avez-vous été ambassadrice de Mourir dans la dignité?

**Mme Shelley Birenbaum:** Je ne sais pas ce que signifie être une ambassadrice. J'ai travaillé directement avec l'organisation.

**L'hon. Ed Fast:** Très bien. Merci.

Avez-vous sondé vos membres afin de savoir si, à leur avis, le Canada était prêt à offrir l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes de troubles mentaux?

**Mme Shelley Birenbaum:** Nous n'avons pas sondé nos membres au sujet de l'état de préparation en ce sens, mais notre position se fonde sur les résolutions adoptées par les membres de l'Association du Barreau canadien, qui visent notamment à offrir l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes de troubles mentaux. Certaines résolutions ont été adoptées à l'unanimité, mais nous n'avons pas tenu compte de l'état de préparation de manière précise, non. Nous n'avons pas adopté de résolution sur l'état de préparation.

**L'hon. Ed Fast:** Est-ce qu'il y a un consensus au sein de la profession juridique quant à l'obligation, en vertu de la Charte, de rendre l'aide médicale à mourir disponible pour les personnes atteintes de troubles mentaux?

**Mme Shelley Birenbaum:** Tout ce que je peux dire, c'est que tous les membres du groupe de travail qui ont étudié ces questions sont d'avis qu'il y a une importante vulnérabilité par rapport à la Charte associée à l'interdiction d'accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes des troubles mentaux.

**L'hon. Ed Fast:** Vous et moi sommes avocats; vous conviendrez sûrement que les avocats sont souvent en désaccord. Est-ce exact?

**Mme Shelley Birenbaum:** Tout à fait.

**L'hon. Ed Fast:** Nous ne savons pas ce que dirait la Cour suprême du Canada; elle pourrait exiger du gouvernement qu'il étende l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes de troubles mentaux. Est-ce exact?

**Mme Shelley Birenbaum:** Nous ne savons pas ce que dirait la Cour suprême du Canada. Toutefois, la position de l'Association du Barreau canadien est que l'arrêt Carter n'exclut pas les personnes atteintes de troubles mentaux et...

**L'hon. Ed Fast:** Il n'exige pas l'inclusion de ces personnes non plus, n'est-ce pas?

**Mme Shelley Birenbaum:** C'est exact. Il ne dit pas qu'il faut...

**L'hon. Ed Fast:** Il est évidemment question de vie ou de mort ici. Ne serait-il pas plus approprié de renvoyer la question devant la Cour suprême plutôt que de gager sur la vie des personnes atteintes de troubles mentaux?

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

Je suis désolée; nous n'avons plus de temps. Je vous ai...

**L'hon. Ed Fast:** Puis-je avoir un oui ou un non?

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Veuillez répondre par oui ou par non.

**Mme Shelley Birenbaum:** L'Association du Barreau canadien n'a pas songé à cette possibilité. À mon avis, étant donné notre point de vue au sujet de la vulnérabilité, je ne crois pas que le groupe serait de cet avis, mais il faudrait vérifier.

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

Nous allons maintenant entendre M. Fisher, qui dispose de trois minutes.

**M. Darren Fisher (Dartmouth—Cole Harbour, Lib.):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie les témoins d'être avec nous. Notre mandat est si étroit que vous entendrez certaines questions répétées ou légèrement reformulées. Ce mandat étroit consiste à vérifier le niveau de préparation atteint en vue d'un recours sécuritaire et adéquat à l'aide médicale à mourir.

J'ai toujours défendu l'aide médicale à mourir, et j'ai toujours voté en ce sens. Je crois qu'il faut établir des mesures de sécurité et évidemment respecter la Charte des droits.

Docteure Freeland, votre organisation ne prend pas position sur le sujet, mais j'aimerais que vous nous parliez en votre nom personnel: croyez-vous que le système de santé est prêt à élargir l'admissibilité à l'aide médicale à mourir, afin qu'elle soit offerte aux personnes dont la seule condition médicale sous-jacente est un trouble mental?

**Dre Alison Freeland:** Je vous remercie de la question. Je vous donne une réponse toute personnelle.

Je travaille en Ontario, une province complexe, qui compte beaucoup de systèmes de santé différents. Je pense qu'il y a encore du travail à faire au niveau local pour s'assurer que le système dans son ensemble a créé un point d'accès coordonné.

Ce qui est encourageant, c'est que dans ma région, un groupe provincial étudie actuellement la possibilité de créer une communauté de pratique autour de l'aide médicale à mourir, en particulier dans le cas de troubles mentaux. À Toronto, où je travaille, nous disposons désormais d'un groupe de travail coordonné, parrainé par les deux hôpitaux locaux de Toronto qui, une fois encore, se penche sur la manière de procéder. Il regroupe divers professionnels de la santé, dont des psychiatres. En fait, le groupe de travail de Toronto est coprésidé par deux psychiatres.

Je pense que les gens travaillent sans relâche, sachant qu'il y a une date prévue pour arriver à un état de préparation, et sachant que l'état de préparation ne sera jamais parfait. Quand on pense à l'état de préparation dans ce contexte, et qu'on le compare à l'époque où le projet de loi C-14 a légalisé l'aide médicale à mourir, il y a eu beaucoup plus de travail de fait pour se doter d'une stratégie nationale relativement aux normes et aux programmes de formation, et je pense que beaucoup d'organismes font appel à des équipes de soins de santé pour trouver la meilleure façon de comprendre cela.

Je ne suis absolument pas partisane de l'élargissement de l'aide médicale à mourir. Je pense simplement qu'il est très stigmatisant — et c'est ma conviction personnelle — de prendre un groupe de patients et de leur dire que leur demande ne peut même pas être prise en considération parce qu'ils souffrent de troubles mentaux.

Je pense que très peu de personnes seraient jugées admissibles si l'aide médicale à mourir s'appliquait aux troubles mentaux. Mme Birenbaum a clairement décrit toutes les mesures de sauvegarde et tous les processus par lesquels il faudra passer avant d'en arriver là.

Il s'agit là de mes réflexions personnelles, et non de celles de l'Association des psychiatres du Canada.

• (1925)

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Il reste cinq secondes.

**M. Darren Fisher:** Je n'en aurai pas besoin.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Très bien. Je vous remercie.

Nous passons à M. Thériault pendant deux minutes.

[Français]

**M. Luc Thériault:** Merci, madame la présidente.

Plusieurs personnes parlant des troubles mentaux comme seules conditions médicales invoquées prétendent que des gens suicidaires en crise ou dépressifs pourraient avoir accès à l'aide médicale à mourir, alors que rien, dans le rapport des experts, ne dit cela. En fait, on y dit le contraire.

Ma question s'adresse aux deux témoins. Je leur demanderais de donner une brève réponse.

Croyez-vous que l'élargissement de l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes de troubles mentaux pourrait avoir un effet préventif chez les personnes suicidaires?

Par exemple, si une personne suicidaire, au lendemain de l'adoption de la loi modifiée, lève la main en disant qu'elle veut avoir accès à l'aide médicale à mourir, au moins on saura qu'elle a besoin d'aide et elle pourra être prise en charge alors que, actuellement, elle est complètement abandonnée et pourrait faire une tentative de suicide.

N'y a-t-il pas une vertu préventive à cette mesure?

[Traduction]

**Dre Alison Freeland:** Est-ce à moi que la question s'adresse?

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Oui, docteure Freeland.

**Dre Alison Freeland:** C'est une excellente question, et je pense qu'il y a beaucoup de débats à ce sujet.

Tout d'abord, je pense que si on vivait tous dans un système de santé parfait, on présumerait que les gens ont un accès rapide à une évaluation dès le début des manifestations suicidaires et on veillerait à ce qu'ils aient un accès rapide au traitement et aux soins dans le système. Je pense que c'est un objectif qu'on s'efforceraient tous d'atteindre dans le système de santé.

En ce qui concerne les personnes qui obtiennent une évaluation par un expert en raison d'une demande d'aide médicale à mourir, je pense qu'il y a eu un débat sur le fait que, lorsque vous voyez un psychiatre et que vous êtes en mesure de parler de votre maladie ainsi que de comprendre le diagnostic et les options de traitement, de nombreuses personnes qui arrivent à ce stade peuvent en fait ne pas être admissibles.

Encore une fois, je vais mettre mon chapeau personnel. L'un des aspects importants de l'état de préparation — et c'est un élément dont nous avons parlé en Ontario —, c'est la navigation dans le système de santé. Les normes exigent que l'on continue à fournir des traitements et des soins aux personnes qui ne sont pas jugées admissibles à l'aide médicale à mourir. Dans ce contexte, c'est une possibilité qui existe.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Je vous remercie.

Monsieur Angus, vous avez deux minutes.

**M. Charlie Angus:** Je vous remercie, docteure Freeland.

Je voudrais revenir sur la question de savoir si nous sommes prêts pour mars 2024. Vous avez dit que le Canada avait décidé de s'engager dans cette voie. Je dirais que le Sénat, qui n'est pas élu, a fixé une date et nous a dit de nous en accommoder, et le gouvernement libéral a accepté. Cette date était mars 2023. À l'approche de cette date, ils ont paniqué, si bien que la date a été repoussée à mars 2024.

C'est un énorme Rubicon que nous franchissons, alors qu'est-ce qui est le plus important? Est-ce la date ou le fait de bien faire les choses? Suggérez-vous que nous prenions le temps de bien faire les choses? S'il est prouvé que cela n'affectera pas beaucoup de gens et qu'il y aura toutes ces mesures de sauvegarde en place, devons-nous respecter la date arbitraire convenue par le gouvernement libéral et le Sénat, ou devrions-nous le faire à la lumière du consensus plus large et plus important que nous devons atteindre pour nous assurer que les gens sont protégés?

• (1930)

**Dre Alison Freeland:** C'est une question à laquelle il est difficile de répondre, car il reste cinq mois, et le rythme des préparatifs ne cesse de s'accélérer. Nous continuons de voir des gens se mobiliser, et les systèmes de soins commencent à évoluer dans ce sens. C'est pourquoi il est difficile de dire si nous serons prêts à la date choisie.

La date a déjà été reportée une fois, et je pense que beaucoup a été fait depuis, mais...

**M. Charlie Angus:** On ne parle pas de démarrer une entreprise; on parle de la vie et de la mort de personnes. Il se peut qu'on progresse rapidement, mais comme il y a d'énormes disparités dans les soins de santé au pays — notre pays est très vaste —, il y a d'énormes différences. Oui, on progresse rapidement, mais puis-je rassurer les gens à ce sujet?

J'ai des gens qui m'appellent à ce sujet. Ils s'inquiètent beaucoup, car ils ont des proches qui souffrent de troubles mentaux graves, profonds, pour lesquels ils ne peuvent pas obtenir de traitement parce qu'il n'en existe pas. C'est la date qui est importante.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Je vous remercie.

Il est 19 h 30, et nous devons nous préparer pour accueillir notre deuxième groupe de témoins.

Je remercie nos témoins d'avoir été avec nous ce soir pour répondre à nos questions.

• (1930)

(Pause)

• (1935)

[Français]

**Le coprésident (M. René Arseneault):** Nous sommes de retour.

J'aimerais faire quelques commentaires à l'intention des nouveaux témoins.

S'il vous plaît, attendez que la présidence vous nomme avant de prendre la parole. Je vous rappelle que toutes les observations doivent être adressées à la présidence. Lorsque vous avez la parole, exprimez-vous lentement et clairement. Je demande à ceux qui sont dans la salle de parler très près de leur microphone, de manière à aider les interprètes.

Les services d'interprétation offerts pour cette vidéoconférence sont les mêmes que ceux d'une réunion en personne. Ceux qui y participent par vidéoconférence peuvent choisir, au bas de leur écran, entre le parquet, l'anglais et le français. Lorsque vous n'avez pas la parole, veuillez mettre votre microphone en sourdine.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue aux témoins du deuxième groupe de témoins. Nous accueillons la Dre Mona Gupta, psychiatre et chercheuse au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, qui participe à la réunion par vidéoconférence.

[Traduction]

Nous accueillons aussi le Dr Douglas Grant, qui représente la Fédération des ordres des médecins du Canada.

• (1940)

[Français]

Enfin, nous accueillons la Dre Claire Gamache, psychiatre et présidente de l'Association des médecins psychiatres du Québec.

Je vous remercie tous d'être parmi nous aujourd'hui.

Je cède maintenant la parole à la coprésidente, la sénatrice Martin.

[Traduction]

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Je remercie nos témoins. Nous allons commencer par la déclaration liminaire de la Dre Gupta, et nous enchaînerons avec celles du Dr Grant et de la Dre Gamache.

Docteur Gupta, vous avez la parole pendant cinq minutes.

**Dre Mona Gupta (psychiatre et chercheuse, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, à titre personnel):** Je vous remercie beaucoup, madame la présidente, et je remercie tous les membres du Comité de leur invitation à venir vous rencontrer aujourd'hui.

Je suis psychiatre et chercheuse en bioéthique à l'Université de Montréal. J'ai eu l'occasion et le privilège de participer étroitement au débat public sur l'aide médicale à mourir pour les personnes dont les troubles mentaux sont la seule condition médicale invoquée depuis le début.

J'ai été membre du groupe de travail du Conseil des académies canadiennes sur l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux, prescrit dans le projet de loi C-14. J'ai présidé le groupe d'experts fédéral sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale, prescrit dans le projet de loi C-7. Plus récemment, j'ai dirigé les travaux du groupe de travail sur les normes de pratique de l'aide médicale à mourir de Santé Canada, et j'ai également dirigé le groupe de travail qui a élaboré le module de formation de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'aide médicale à mourir sur l'aide médicale à mourir et les troubles mentaux.

C'est à partir de ce point de vue que je souhaite vous faire part de quelques observations sur notre état de préparation.

Lorsque le gouvernement du Canada a pris la décision de placer les personnes souffrant de troubles mentaux comme seule condition médicale invoquée sur un pied d'égalité avec toutes les autres personnes souffrant de troubles médicaux et dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible, il s'est engagé à faire trois choses: créer un groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale, former un comité parlementaire mixte spécial pour étudier la question plus en profondeur, et réformer son système de collecte de données. Comme nous le savons, le gouvernement fédéral a respecté ces engagements.

Lorsque le gouvernement fédéral a pris la décision de prolonger l'exclusion d'une année, il a parlé de la nécessité de disposer de plus de temps pour s'assurer que les deux principaux produits attendus — le programme de formation sur l'aide médicale à mourir de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'aide médicale à mourir et le modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir — étaient terminés. Comme nous le savons, ces activités sont terminées. La norme est entre les mains des médecins et des organismes de réglementation de la profession d'infirmière depuis avril de cette année, et ils l'adoptent ou l'adaptent comme il se doit dans leurs territoires respectifs. Le programme de formation sur l'aide médicale à mourir de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'aide médicale à mourir a été lancé en septembre 2023 et a déjà été offert à de nombreuses reprises aux médecins et aux infirmières praticiennes.

Plusieurs autres initiatives ont eu lieu depuis décembre 2022, notamment un atelier préparatoire national sur l'aide médicale à mourir pour les personnes dont les troubles mentaux sont la seule condition invoquée, auquel ont participé des délégués de chaque province et territoire, dont des évaluateurs, des prestataires et des psychiatres. Un atelier national sur l'état de préparation du système a également été organisé pour mettre en commun les connaissances sur les processus administratifs.

La plupart des provinces et territoires travaillent avec les cliniciens de première ligne, les organismes de réglementation et les autorités administratives pour s'assurer que les processus cliniques sont bien adaptés aux demandeurs souffrant de troubles mentaux. J'ai fourni plusieurs exemples de ces activités dans mon mémoire.

Il y a quelques semaines, j'ai enseigné le module sur l'aide médicale à mourir et les troubles mentaux de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'aide médicale à mourir à un groupe d'environ 20 psychiatres, médecins de famille et infirmières praticiennes à Vancouver. Avant de commencer, ma collègue qui co-animait la séance, la Dre Tanja Daws, médecin de famille expérimentée et évaluatrice et prestataire de l'aide médicale à mourir, s'est approchée de moi. Elle m'a dit que même si l'aide médicale à mourir n'est pas autorisée pour les personnes dont les troubles mentaux sont la seule condition médicale invoquée, elle a déjà eu des patients qui présentaient tous les mêmes types de problèmes dans les études de cas que nous examinons dans le module.

Ce qui m'a frappée dans le commentaire de la Dre Daws, c'est que les personnes dont les troubles mentaux constituent la seule condition invoquée qui présentent une demande d'aide médicale à mourir seront entre les mains rassurantes de cliniciens expérimentés qui, au cours des sept dernières années, ont déjà géré toute la gamme des complexités dans leur pratique de l'aide médicale à mourir que les demandes de personnes dont les troubles mentaux sont la seule condition médicale invoquée peuvent présenter. Son commentaire confirme également les conclusions du groupe d'experts, à savoir que les complexités si souvent attribuées aux troubles mentaux ne sont pas, en fait, propres aux troubles mentaux et qu'elles sont déjà traitées dans notre système d'aide médicale à mourir actuellement.

Le travail qui a été entrepris sur l'aide médicale à mourir pour les personnes dont les troubles mentaux sont la seule condition médicale invoquée depuis 2017 a été rigoureux, et les processus ont été transparents et axés sur la collaboration. Le gouvernement du Canada a respecté tous les engagements qu'il a pris en matière de préparation. Il a également apporté des contributions sans précédent

à la formation et à la réglementation des professionnels de la santé, qui dépassent largement le cadre de ses champs de compétence.

Comme mes collègues les docteurs Gamache et Grant le savent mieux que moi, les autres acteurs essentiels dans le système des soins de santé et de l'aide médicale à mourir — les organismes de réglementation et les associations professionnelles — sont actifs dans le domaine de l'aide médicale à mourir depuis 2015. Ils continueront à remplir leurs mandats. Dans le cas des organismes de réglementation, il s'agit de guider les cliniciens vers une pratique sûre de l'aide médicale à mourir dans l'intérêt de la population, et dans le cas des associations professionnelles, de veiller à ce que leurs membres soient outillés pour participer à l'aide médicale à mourir s'ils choisissent de le faire.

Les personnes dont les troubles mentaux constituent la seule condition médicale invoquée ont fait l'objet de bien plus de réflexion, de soins et de renforcement des capacités que toutes les autres. C'est une bonne chose, et ce travail aura l'avantage supplémentaire de renforcer le système d'aide médicale à mourir du Canada pour tous les patients.

Si vous me demandez ce dont j'aurais besoin si demain je devais évaluer l'admissibilité à l'aide médicale à mourir d'une personne dont la seule condition médicale invoquée est une maladie mentale, je vous répondrai que je n'ai besoin de rien. Le travail a été fait. Nous sommes prêts.

● (1945)

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Je vous remercie, docteur Gupta.

Docteur Grant, vous avez cinq minutes.

**Dr Douglas Grant (registraire en oncologie et directeur général, Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse, Fédération des ordres des médecins du Canada):** Je vous remercie. C'est un privilège de prendre la parole devant le Comité.

Je suis le Dr Douglas Grant. Je suis registraire du Collège des médecins de Nouvelle-Écosse. Je suis médecin de famille et avocat, et j'ai représenté la Fédération des ordres des médecins du Canada au sein du groupe de travail de Santé Canada.

J'aborde la question en me disant que toute préparation doit s'appuyer sur une préparation réglementaire. J'affirme respectueusement et sans détour que les organismes de réglementation sont prêts. Nous n'avons pas besoin de plus de temps. Nous ne demandons pas plus de temps.

Nous serons prêts pour de nombreuses raisons.

Tout d'abord, le plus gros du travail a été fait. Le Modèle de norme de pratique élaboré par le groupe de travail de Santé Canada constitue la meilleure synthèse de la loi, et tous les principaux intervenants y ont participé. Je sais que je parle au nom de mes collègues registraires quand je dis que nous considérons ces documents comme très utiles. Ils peuvent être adoptés dans leur intégralité, ce que fera la Nouvelle-Écosse — et je peux vous dire que ce sera le cas également dans les autres provinces de l'Atlantique —, ou être utilisés comme modèle pour établir une norme professionnelle. Les documents d'appui fournissent des libellés à la carte qui peuvent être insérés dans les normes des collèges existantes.

En fin de compte, en mars 2024, tous les organismes de réglementation de la profession médicale disposeront de lignes directrices et de normes professionnelles fondées sur le Modèle de norme de pratique élaboré par le groupe de travail de Santé Canada. À l'exception du style et du format, il y aura une grande cohérence entre les provinces.

La deuxième raison pour laquelle les organismes de réglementation seront prêts en mars est que nous avons l'obligation solennelle et légale d'être prêts.

Il peut y avoir de légères variations dans les lois provinciales, mais tous les ordres des médecins ont pour mandat de réglementer la profession médicale dans l'intérêt du public. Ce mandat signifie que nous sommes au service des patients. Dans le cas présent, nous sommes au service de patients particuliers qui souffrent, qui se voient refuser l'accès à une forme de soins à laquelle ils ont droit en vertu de la loi, et qui, en tant que groupe, souffrent et se voient refuser l'accès à ces soins depuis 2015.

Enfin, notre devoir s'étend aux médecins eux-mêmes qui cherchent à fournir ces soins et qui ont droit à un énoncé clair des orientations et des attentes en matière de réglementation. Je suis ici pour vous dire que les organismes de réglementation rempliront leurs obligations.

Le fait que nous soyons ici signifie que vous avez entendu des voix s'élever qui laissent entendre que les organismes de réglementation ne sont pas prêts. Je voudrais examiner ces préoccupations.

Tout d'abord, ces préoccupations ne reposent pas sur ce qui s'est passé jusqu'à maintenant. À chaque étape de l'évolution de l'aide médicale à mourir, des voix se sont élevées pour demander si les organismes de réglementation étaient prêts. Lorsque la période de mise en œuvre d'un an s'est achevée à la suite de l'arrêt Carter, des voix se sont élevées pour dénoncer le manque de préparation. À l'époque, j'étais président de la Fédération des ordres des médecins du Canada et j'ai fait des exposés à un comité mixte comme le vôtre — je ne pense pas que c'était dans cette salle — pour dire que les organismes de réglementation étaient prêts. Nous étions prêts.

Nous étions prêts lorsque la loi a évolué pour inclure l'admissibilité des patients dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible. Nous étions à nouveau prêts lorsque la modification d'Audrey, qui permettait de renoncer au consentement final pour les patients admissibles risquant de perdre leurs capacités, est entrée en vigueur.

J'aimerais dire que tout cela est normal. La médecine évolue constamment. L'aide médicale à mourir évoluera et les organismes de réglementation de la profession médicale réagiront, car nous avons le devoir d'être agiles.

J'espère que les préoccupations concernant le manque de préparation ne sont pas une réponse au silence qui règne sur les sites Web des collèges comme le mien. Ce serait une erreur. Les normes professionnelles ont de nombreux objectifs. Elles définissent les attentes en matière de réglementation, orientent les soignants et ont également une fonction publique. Elles informent le public de ce qu'il est en droit d'attendre. La situation est claire. Les organismes de réglementation du collège de la Nouvelle-Écosse, que je dirige, attendront que la voie à suivre soit tracée et que le débat politique ait cessé. Les organismes de réglementation de la profession médicale n'ont aucune envie d'induire le public en erreur ou de l'embrouiller.

J'encourage le Comité à faire preuve de discipline dans ses efforts pour faire la distinction entre l'opposition à l'aide médicale à mourir et les accusations à l'égard d'un manque de préparation. D'après mon expérience, le concert des voix qui porte des accusations à l'égard d'un manque de préparation est entièrement composé de voix opposées à l'aide médicale à mourir. Les tribunaux ayant rendu leur décision finale, les opposants ne peuvent plus avancer d'arguments pour mettre un frein à l'aide médicale à mourir.

• (1950)

Je demande au Comité d'examiner si les accusations de manque de préparation constituent un argument valable ou s'il s'agit simplement d'une tentative de gagner du temps pour le plaisir de la chose, alors que ce délai n'est pas nécessaire, du moins, pas du point de vue de la réglementation.

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

Enfin, nous allons donner la parole à la Dre Gamache pour cinq minutes.

[Français]

**Dre Claire Gamache (psychiatre, Association des médecins psychiatres du Québec):** Bonjour à tous.

Je suis la Dre Claire Gamache. Je suis la présidente de l'Association des médecins psychiatres du Québec.

Nous remercions la Chambre des communes de son invitation et de cette occasion d'échanger sur ces questions délicates.

L'Association des médecins psychiatres du Québec, ou AMPQ, est l'une des 35 associations affiliées à la FMSQ, soit la Fédération des médecins spécialistes du Québec, qui regroupe 1 200 psychiatres.

L'Association est un syndicat qui vise des conditions de pratique optimales pour ses membres, mais elle s'intéresse, depuis ses débuts, à l'organisation des soins, à l'accès aux services en santé mentale ainsi qu'à l'amélioration de la littératie populationnelle sur les troubles mentaux.

Dès le début des discussions sur l'aide médicale à mourir lorsque les troubles mentaux sont la seule condition médicale invoquée, l'AMPQ a été interpellée et a participé à la conversation.

Nous avons participé aux consultations du Comité permanent de la justice et des droits de la personne sur le projet de loi C-7, à la présentation de l'énoncé de position du Collège des médecins du Québec, en octobre 2020, à la présentation à la Commission sur les soins de fin de vie du document de réflexion de l'AMPQ intitulé « Accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux », au Forum national sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie et aux consultations de la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie.

En 2020, le conseil d'administration de l'AMPQ a approuvé la position selon laquelle les personnes dont le trouble mental est le seul problème médical invoqué ne devraient pas être systématiquement exclues de l'aide médicale à mourir.

À la demande du Collège des médecins du Québec et de la Commission sur les soins de fin de vie, l'AMPQ a publié un document de réflexion comprenant une proposition sur la manière dont l'aide médicale à mourir pourrait être organisée au sein de la province de Québec. C'est ce mémoire qui a été produit avec l'apport d'un patient partenaire et d'un membre représentant les proches aidants.

L'AMPQ a présenté ses travaux à ses membres lors de son assemblée annuelle de 2021.

Afin d'éduquer ses membres, l'AMPQ offre des activités de développement professionnel continu lors de ses congrès annuels ainsi qu'une journée de mise à jour sur l'aide médicale à mourir à l'intention des médecins spécialistes du Québec. Cette journée se déroulera le 17 novembre 2023 avec une séance qui portera spécifiquement sur le trouble mental comme seul problème médical invoqué.

L'AMPQ a témoigné devant la commission parlementaire responsable d'étudier le projet de loi 11, au Québec. Lors de son témoignage, l'AMPQ a conseillé au gouvernement de ne pas inclure de disposition d'exclusion pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Plusieurs associations professionnelles, soit la Fédération des médecins spécialistes du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et plusieurs organismes de réglementation, dont le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des psychologues du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, et l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, ainsi que la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec, ont exprimé un avis similaire à celui de l'AMPQ.

En plus de ses activités régulières, l'AMPQ a siégé au comité directeur national de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM et a révisé, à ce titre, l'ensemble du programme.

Toutes les interventions et la participation de l'AMPQ à la conversation entourant l'aide médicale à mourir visent à faire connaître la réalité des personnes atteintes de troubles mentaux, celle de leurs proches et celle des soignants qui les soutiennent.

Notre expérience démontre que les troubles mentaux demeurent méconnus et que leurs effets sur les parcours de vie sont mal compris du public.

Quand nous abordons la question de l'aide médicale à mourir lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué, nous parlons ici de patients que nous suivons pendant des décennies et qui ont tenté de multiples thérapies et traitements.

Comme vous l'a dit la Dre Gupta, les psychiatres sur le terrain participent déjà aux évaluations, sous différentes formes, d'une clientèle complexe dans les processus d'aide médicale à mourir. Ils participent à des deuxièmes évaluations, à des évaluations en collaboration avec les omnipraticiens, et, comme dans tout nouveau soin, il y aura un développement progressif des compétences par le pairage, le mentorat et la formation.

Le principal objectif de l'AMPQ est de lutter contre la stigmatisation en utilisant son expertise et son expérience auprès des plus vulnérables. Or, pour éviter de perpétuer cette stigmatisation et cette discrimination, l'inclusion est la meilleure voie.

• (1955)

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

[Traduction]

Nous allons maintenant procéder à notre premier tour de questions. Pour ce groupe d'experts, je pense que nous ne ferons qu'un seul tour pour chacun des députés et des sénateurs.

Notre premier intervenant sera M. Cooper.

Vous avez cinq minutes.

**M. Michael Cooper (St. Albert—Edmonton, PCC):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Mes questions s'adressent à la Dre Gupta.

Docteur Gupta, vous avez dit que nous sommes prêts pour l'inclusion de la maladie mentale à l'aide médicale à mourir. Je dirais que c'est difficile à accepter, compte tenu de ce que nous avons entendu dans la dernière heure au sujet de l'absence de consensus parmi les psychiatres. Seuls 2 % des psychiatres se sont inscrits au programme d'études et les ressources sont insuffisantes, mais vous dites que nous sommes prêts. Le sommes-nous vraiment?

Je dirais que le cœur du problème est la question du caractère irrémédiable des troubles mentaux, c'est-à-dire le fait de savoir si une personne peut aller mieux et si cela peut être prédit avec précision. Comme vous vous en souviendrez, à la page 43 du rapport d'experts publié par le groupe que vous avez présidé, on peut lire ce qui suit:

Les connaissances sur le pronostic à long terme de nombreuses maladies sont limitées et il est difficile, voire impossible, pour les cliniciens de formuler des prévisions précises sur l'avenir d'un patient donné. L'évolution des troubles mentaux d'un individu ne peut être prédite comme c'est le cas pour certains types de cancers.

Ce rapport a été publié en mai 2022. Cette conclusion a-t-elle changé de quelque façon que ce soit depuis mai 2022?

**Dre Mona Gupta:** Si votre question est de savoir si quelque chose a changé à propos des troubles mentaux par rapport à d'autres maladies pour lesquelles une personne peut présentement avoir accès à l'aide médicale à mourir, alors, non, rien n'a changé depuis mai 2022. C'est exactement ce que le groupe d'experts voulait dire. Oui, il y a effectivement ces difficultés, mais ces difficultés existent aussi pour la voie 2. Or, si la voie 2 peut aller de l'avant et que les gens peuvent bénéficier de mesures de sauvegarde appropriées dans le cadre de cette deuxième voie, la même chose peut s'appliquer aux troubles mentaux.

**M. Michael Cooper:** Il ne s'agit pas seulement d'une difficulté; c'est une condition préalable du Code pénal pour recevoir l'aide médicale à mourir. Ce que vous avez dit — et vous l'avez confirmé ce soir —, c'est qu'il est difficile, voire impossible, de faire des prédictions. Lors de la dernière séance de ce comité, nous avons entendu le témoignage d'experts, notamment celui du Dr Mark Sinyor, qui a déclaré que le taux d'erreur pour faire des pronostics sur le caractère irrémédiable des troubles mentaux pouvait fluctuer de 2 à 95 %. Autrement dit, nous naviguons à l'aveuglette.

Sachant cela, comment pouvez-vous dire que nous sommes prêts?

**Dre Mona Gupta:** Eh bien, je peux dire que nous sommes prêts parce que nous faisons ce genre d'évaluations d'admissibilité pour toutes sortes de cas complexes, y compris les cas de patients qui ont des troubles mentaux concomitants, pour lesquels les troubles mentaux peuvent peser lourd dans la motivation de la demande. Il existe de nombreuses pathologies pour lesquelles le pronostic est « difficile, voire impossible », pour reprendre les termes du rapport du groupe d'experts, et pourtant, lorsque nous nous penchons sur ces cas, nous le faisons en respectant à la lettre les dispositions du Code criminel. Comme vous le savez, aucun médecin n'a été poursuivi et aucune plainte n'a été déposée contre l'Ordre. Les médecins et les infirmiers praticiens utilisent ces critères pour analyser les cas de personnes qui ont, comme l'a dit mon collègue la Dre Gamache, un historique de traitements très chargé...

**M. Michael Cooper:** Avec tout le respect que je vous dois, docteur Gupta, je vous ai donné un peu de temps pour répondre, et je pense que vous avez fait valoir mon point de vue, à savoir que nous ne sommes pas prêts pour cela.

Êtes-vous d'accord pour dire que le suicide est souvent un symptôme de maladie mentale?

**Dre Mona Gupta:** Je dirais que c'est l'un des critères d'un petit nombre de troubles particuliers.

**M. Michael Cooper:** À la page 7 du document de Santé Canada intitulé *Document de référence : Aide médicale à mourir*, à la rédaction duquel vous avez contribué, on peut lire ceci: « Les évaluations d'admissibilité pour l'AMM ne doivent pas être entreprises dans des circonstances de tendances suicidaires aiguës. » Qu'en est-il des cas de tendances suicidaires chroniques? Pourquoi cela ne figure-t-il pas dans vos conseils à la profession?

• (2000)

**Dre Mona Gupta:** C'est précisément parce que certaines personnes souffrant de troubles mentaux — un très petit nombre, je pense — seront en mesure de prendre une décision consciente et éclairée pour accéder à l'aide médicale à mourir, et ce, malgré le fait qu'elles auront peut-être lutté contre des pensées suicidaires au cours de leur vie. C'est déjà le cas, car des personnes qui ont peut-être eu des pensées suicidaires au cours de leur vie demandent maintenant de recevoir l'aide médicale à mourir.

**M. Michael Cooper:** Combien de temps me reste-t-il?

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Vous avez 15 secondes.

**M. Michael Cooper:** D'accord.

Je vous remercie.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Madame Koutrakis, allez-y.

**Mme Annie Koutrakis (Vimy, Lib.):** Merci, madame la présidente.

Merci à nos témoins d'être ici avec nous ce soir.

Mes premières questions s'adressent au Dr Grant.

Pouvez-vous nous dire si vous parlez ce soir au nom de la Fédération des ordres des médecins du Canada, au nom du Collège des médecins et des chirurgiens de la Nouvelle-Écosse ou en votre propre nom?

**Dr Douglas Grant:** J'ai été invité ici en tant que représentant de la Fédération des ordres des médecins du Canada au sein du groupe de travail de Santé Canada.

**Mme Annie Koutrakis:** Voilà qui est bien.

Pourriez-vous nous expliquer en quoi les directives du groupe de travail sur les normes de pratique concernant les évaluations de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir diffèrent de ce qui s'est fait jusqu'ici? J'ai cru comprendre que vous étiez coprésident de ce groupe.

**Dr Douglas Grant:** En fait, l'invitation disait que j'étais coprésident alors que je ne l'étais pas, donc je ne veux pas... Je n'étais qu'un membre de ce groupe.

**Mme Annie Koutrakis:** Merci de cette précision.

**Dr Douglas Grant:** Votre question est de savoir en quoi le modèle de normes de pratique proposé par le groupe de travail diffère de la pratique actuelle.

**Mme Annie Koutrakis:** Oui, c'est le sens de ma question.

**Dr Douglas Grant:** Le modèle envisage l'inclusion de personnes dont le seul problème médical invoqué est un trouble mental. Il aborde également — et je pense que la Dre Gupta y a fait allusion — certains des cas les plus difficiles. Il donne des conseils à propos de certains des cas les plus difficiles de ce que l'on appelle la voie 2, aux termes de laquelle la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible.

**Mme Annie Koutrakis:** Qu'est-ce qui a motivé l'inclusion d'une approche différente pour les évaluations de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir? Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet?

**Dr Douglas Grant:** Après l'arrêt Carter... Je pense que la plupart des personnes qui travaillent dans mon domaine interprètent l'arrêt Carter comme n'excluant pas d'une admissibilité les personnes dont le seul problème médical invoqué est une maladie mentale. Nous répondions alors à un certain nombre de modifications apportées à la loi et à des changements d'orientation de la part du Parlement.

Santé Canada a confié à ce groupe de travail la mission de clarifier la situation pour les professionnels et les fournisseurs de soins — pas seulement les organismes de réglementation de la profession médicale, mais aussi les organismes de réglementation de la profession infirmière — et de rédiger un document d'orientation pour les professions concernées.

**Mme Annie Koutrakis:** Docteur Gupta, vous avez dit très clairement que le système est prêt. Que vous ont dit les médecins sur la question de savoir s'ils se sentent équipés et dans quelle mesure ils se sentent équipés pour procéder à des évaluations, se conformer à des dispositions et mener des consultations en matière d'aide médicale à mourir lorsque le seul problème médical invoqué est une maladie mentale?

**Dre Mona Gupta:** Il y a toute une gamme d'expériences, comme c'est le cas pour l'aide médicale à mourir aujourd'hui. Certaines personnes sont activement impliquées. D'autres ne le sont pas. D'autres le sont occasionnellement. Je dirais qu'il en va de même pour les psychiatres.

Comme pour toute pratique nouvelle et complexe — et c'est vrai pour tout ce que nous faisons en médecine —, les personnes les moins expérimentées ne sont pas celles qui vont commencer. Les personnes qui vont commencer sont des personnes comme mon collègue, le Dr Daws, dont j'ai parlé dans ma déclaration liminaire. Ces gens ont beaucoup d'expérience et ils ont vu beaucoup de patients. Ce sont eux qui vont faire le travail initial et qui, comme l'a dit la Dre Gamache, formeront et encadreront d'autres personnes qui souhaitent aller dans cette direction.

Il y aura toujours des personnes qui ne voudront pas s'impliquer, et c'est tout à fait correct. Les collègues et la loi le permettent.

Il est intéressant de parler des 2 %, car, en fait, seuls 2 % des médecins canadiens prodiguent l'aide médicale à mourir. C'est donc un petit nombre de personnes qui souhaitent s'impliquer et elles continueront à le faire, certaines plus que d'autres. C'est tout à fait normal.

**Mme Annie Koutrakis:** Docteur Gupta, pensez-vous que les systèmes de surveillance et d'assurance qualité de l'aide médicale à mourir sont adéquats au Canada? Dans l'affirmative, comment le sont-ils?

**Dre Mona Gupta:** Comme vous le savez, la surveillance est une responsabilité provinciale et territoriale. Il y a des différences entre les provinces et les territoires pour ce qui est des mécanismes de surveillance qu'on choisit de déployer. Cela va de la Commission sur les soins de fin de vie du Québec, qui est très officielle, aux examens des coroners et aux comités de surveillance des ministères.

Ce que je peux dire, c'est que 90 % des cas d'aide médicale à mourir se produisent dans des administrations dotées de processus de contrôle institutionnalisés. L'un des avantages du travail supplémentaire qui a été effectué — et c'est ce que je voulais dire dans mon exposé —, c'est que les provinces et les territoires qui disposent de mécanismes moins officiels travaillent à mettre en place des mécanismes qui le sont davantage. En fait, ce travail profitera à tous les patients, et pas seulement à ceux qui souffrent de troubles mentaux.

• (2005)

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

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

[Français]

**M. Luc Thériault:** Merci, madame la présidente.

Je remercie les témoins de nous avoir présenté des témoignages clairs.

Docteur Gamache, j'ai posé la même question plus tôt, mais je ne sais pas si elle avait été comprise.

Considérez-vous que le fait d'élargir l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes ayant des troubles mentaux pourrait avoir un effet préventif sur celles qui, par exemple, ont des idées suicidaires et ne sont pas prises en charge actuellement? Cet élargissement de l'accès permettrait-il à ces personnes, qui pourraient vouloir faire une demande d'aide médicale à mourir, d'être prises en charge? Présentement, on ne sait pas qu'elles ont besoin d'aide.

**Dre Claire Gamache:** Je crois que oui. Déjà, des patients arrivent à l'urgence et demandent l'aide médicale à mourir en raison de problèmes physiques ou de détresse psychologique importante, ce qui enclenche tout un processus qui fait qu'ils sont pris en charge plus rapidement puisqu'il y a des délais pour obtenir une réponse à une demande d'aide médicale à mourir.

J'irai même plus loin: le fait de discuter avec nos patients de cette demande fait partie d'un processus thérapeutique qui peut être très sain pour les patients qui ont des troubles mentaux.

**M. Luc Thériault:** Vous nous avez fait part d'un nombre assez impressionnant d'organismes professionnels œuvrant en santé qui ont recommandé cet élargissement.

Comment expliquez-vous le fait que le Parlement de Québec n'a pas voulu aller de l'avant? Je vous demande une réponse la plus brève possible.

**Dre Claire Gamache:** Je pense qu'il s'agit d'une question d'acceptation sociale.

La stigmatisation est partout et, malheureusement, elle est aussi dans les lois, à mon avis. On devra réfléchir à la façon dont on traite cette clientèle, qui fait partie de tout le processus de santé. On doit se demander pourquoi c'est si long dans le cas des troubles mentaux. Pourquoi traite-t-on ces gens différemment? Comme on l'a mentionné à plusieurs reprises, les évaluations relatives à la voie 2 sont déjà très complexes et les troubles mentaux peuvent tout à fait s'inscrire dans ces évaluations.

**M. Luc Thériault:** L'une de nos préoccupations est liée à la préparation des gens sur le terrain.

Le fait que le gouvernement du Québec a décidé de ne pas aller de l'avant crée-t-il une entrave sur le plan de la pratique clinique et sur le plan de la préparation sur le terrain au Québec? Si la Commission sur les soins de fin de vie du Québec précise que, sur le plan légal, il faut respecter la loi la plus répressive ou la plus dure, comment cela va-t-il s'articuler? Comment les praticiens vont-ils se sentir?

**Dre Claire Gamache:** Les praticiens vont effectivement se sentir pris entre deux lois.

Cela dit, nous vivons des discordances depuis quelques années, et à plusieurs égards. Il est certain que les médecins vont respecter les demandes du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et les recommandations des PDG.

Nous allons nous y plier, mais nous allons être obligés de dire à nos patients, dont certains nous demandent déjà l'aide médicale à mourir, qu'il va falloir attendre que ce soit permis et que le choix a été différent au Canada.

**M. Luc Thériault:** Faut-il attendre que ce soit permis par le Code criminel ou par le Québec?

**Dre Claire Gamache:** En fait, au Québec, ce ne sera probablement pas permis dans l'organisation de soins.

Au Québec, l'aide médicale à mourir est un soin. Si le ministère de la Santé et le gouvernement du Québec nous disent que ce n'est pas possible de donner ce soin, on ne pourra pas le donner dans les hôpitaux et dans les organisations.

**M. Luc Thériault:** Docteur Gupta, vous dites que nous sommes prêts.

Suffisamment de gens ont-ils reçu la formation nécessaire pour procéder à cette aide médicale à mourir à court terme, c'est-à-dire en mars 2024?

• (2010)

[Traduction]

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

[Français]

**Dre Mona Gupta:** Je pense que oui.

Selon moi, il faut faire la distinction entre le psychiatre qui joue le rôle de consultant et le psychiatre qui évalue une demande. Les psychiatres participent déjà en tant que consultants auprès des deux médecins ou des deux infirmières praticiennes spécialisées. Ils font les évaluations. On le fait donc déjà. Les psychiatres qui occupent ce rôle ont déjà les compétences requises. Il y a aussi des psychiatres qui font des évaluations, et il y en aura de plus en plus grâce à la formation qui est en place.

[Traduction]

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

En dernier lieu, nous entendrons M. Angus. Vous avez cinq minutes.

**M. Charlie Angus:** Je vous remercie.

Merci à vous tous de votre grande expertise.

Il a été suggéré que certains d'entre nous qui soulevions des questions sur le fait d'être prêt voulaient remettre en question l'aide médicale à mourir. Je ne suis pas l'un d'eux. J'ai eu des amis très proches qui ont choisi l'aide médicale à mourir pour pouvoir avoir une fin de vie qu'ils allaient être en mesure de contrôler avec leur famille. Ce sont des moments cruciaux. Je respecte cela. J'essaie de voir comment... J'essaie de voir comment je peux m'y prendre avec les familles, avec les personnes qui souffrent d'une maladie mentale grave et de dépression. Comment puis-je leur assurer que ce processus est mené avec tout le soin nécessaire?

Docteure Gamache, vous avez dit que les personnes admissibles allaient être des personnes qui ont interagi avec le milieu médical depuis des décennies. Si une personne se présente avec un mal profond, une dépression grave, peut-être une dépendance et des idées suicidaires, mais qu'elle n'a pas eu cette expérience s'étendant sur des décennies avec le milieu médical, sera-t-elle quand même admissible?

[Français]

**Dre Claire Gamache:** Je crois que non, si on ne peut avoir accès à des traitements. Comme le dit la Dre Gupta, des gens subissent doublement de la discrimination, parce qu'ils n'ont peut-être pas accès à des traitements et qu'en plus, ils n'auront pas accès à l'aide médicale à mourir.

Il va falloir qu'on tente des traitements pendant une bonne période et qu'on ait eu le temps d'avoir cette discussion de façon approfondie avec les patients. Par la suite, on peut arriver à cette conclusion, comme on l'aurait fait pour quelqu'un qui invoque un problème physique majeur.

Toutefois, si on n'a pas accès à des services, je ne pense pas qu'on puisse avoir accès à l'aide médicale à mourir. C'est très clair, selon la façon dont la voie 2 est définie actuellement.

[Traduction]

**M. Charlie Angus:** Je vous remercie.

J'essaie de comprendre cette question de l'iniquité qui plombe le droit à l'aide médicale à mourir ou le droit à un traitement médical approprié.

Docteure Gupta, vous avez dit que le gouvernement fédéral s'était surpassé en s'assurant de tout ce qui était nécessaire. Dans le cadre de mon travail de député, nous demandons sans arrêt au gouvernement fédéral d'intervenir dans le domaine de la santé mentale, mais il ne le fait pas.

Je représente des collectivités rurales du Nord qui sont isolées, où il y a des suicides par balle. Nous avons des personnes souffrant de troubles mentaux graves qui s'enfuient dans les bois, sans que leur famille puisse les retrouver. J'ai du mal à dire que nous sommes prêts à mettre en place une procédure clinique claire pour permettre aux gens de mettre fin à leur vie alors que nous n'avons pas les outils nécessaires pour aider les gens à traverser ces périodes de crise.

Vous êtes sur la ligne de front. Que voyez-vous?

**Dre Mona Gupta:** Je pense que nous sommes tous d'accord. Quelle que soit notre opinion sur l'aide médicale à mourir pour les personnes souffrant de troubles mentaux, nous pouvons tous convenir que les services de santé mentale et de toxicomanie dans ce pays pourraient être améliorés, et que l'accès à ces services pourrait être considérablement élargi.

Je pense que ce que la Dre Gamache souligne, c'est que ces malheureux qui n'ont pas un accès adéquat aux soins ne seront de toute façon pas admissibles à l'aide médicale à mourir.

**M. Charlie Angus:** Je vous remercie. Je ne connais rien à la médecine. J'ai abandonné le secondaire pour jouer dans un groupe punk. Mon expérience de vie consiste à m'occuper de familles en crise. C'est ce que je fais en tant que député. Nous devons constamment faire face à ce genre de situation.

Pour les gens, c'est une question très chargée sur le plan émotionnel. J'ai beaucoup de mal à leur dire de ne pas s'inquiéter, qu'il y aura une procédure pour l'aide médicale à mourir, mais je ne peux pas leur dire qu'il y aura une procédure pour permettre à leur proche de recevoir un traitement.

Qui est admissible et qui ne l'est pas? S'il s'agit d'une dépression aiguë, je connais des personnes qui en souffrent depuis des années. Je connais des personnes qui sont profondément suicidaires depuis des années. Je lis tous les rapports cliniques sur la manière dont ils devraient être traités et évalués. Pour moi, cela ne ressemble pas à la réalité. Idéalement, cela ressemble à la situation d'une personne qui a recherché cela, qui a franchi la porte et qui a pris une décision en connaissance de cause. Nous avons affaire à des personnes qui vivent des tempêtes de ténèbres et de bouleversements, puis qui frappent un mur et emportent leur famille avec eux.

Quelles sont les dispositions qui séparent ceux-ci de ceux-là?

● (2015)

**Dre Mona Gupta:** C'est pour moi ou pour la Dre Gamache?

**M. Charlie Angus:** C'est pour l'une ou l'autre.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Vous avez 30 secondes. Répondez très brièvement, s'il vous plaît.

[Français]

**Dre Claire Gamache:** On constate énormément de détresse chez des gens près de nous, mais c'est vrai que, dans le bureau du psychiatre, la détresse est différente. On l'analyse et on l'évalue énormément. Ce n'est pas à un ami, à un collègue ou à un député qu'une personne va demander l'aide médicale à mourir, c'est à un médecin traitant qui l'a suivie pendant longtemps et qui a étudié avec elle les options de traitement.

C'est ma part de la réponse.

[Traduction]

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Merci à tous nos témoins.

Nous allons maintenant passer aux questions des sénateurs.

[Français]

**Le coprésident (M. René Arseneault):** Madame la sénatrice Mégie, vous avez la parole pour trois minutes.

**L'hon. Marie-Françoise Mégie:** Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse à la Dre Gupta et à la Dre Gamache, et j'aimerais obtenir une brève réponse.

L'an passé, une psychiatre a comparu devant notre comité. En parlant de l'admissibilité d'une personne à l'aide médicale à mourir, elle nous avait dit qu'il y avait tellement de critères importants à considérer que, parmi tous les cas qu'elle avait vus en 30 ans de carrière, elle n'avait trouvé que trois personnes pouvant y être admissibles, compte tenu du suivi à long terme, de la chronicité de la maladie, etc.

Que pensez-vous de cette réflexion?

**Dre Mona Gupta:** Je suis d'accord. Je dirais à peu près la même chose. Après 23 ans, je peux compter peut-être deux personnes qui pourraient répondre aux critères.

**Dre Claire Gamache:** Je dirais la même chose.

**L'hon. Marie-Françoise Mégie:** Merci.

Par ailleurs, j'ai l'impression d'entendre que, si tous les psychiatres n'ont pas la formation nécessaire pour participer à l'aide médicale à mourir, cela signifie qu'on n'est pas prêt. Pourtant, on sait que les médecins de famille et les professionnels de la santé, au nombre qu'ils sont, n'y participent pas tous.

Comment voyez-vous cela, pour ce qui est des psychiatres? On n'a pas besoin qu'ils aient tous cette formation pour dire qu'on est prêt à procéder, n'est-ce pas?

**Dre Mona Gupta:** Comme je l'ai déjà dit, après sept ans, seulement 2 % de tous les médecins au Canada évaluent l'admissibilité de certains patients à l'aide médicale à mourir et la prodiguent.

Nous avons besoin d'un petit nombre de personnes qui sont prêtes à travailler avec un petit nombre de patients. Il est tout à fait normal que tout le monde dans le domaine de la médecine n'ait pas le même niveau de formation et ne soit pas à jour dans toutes les pratiques. On se spécialise et on travaille avec des clientèles ciblées. C'est donc normal.

En fait, une pratique pour laquelle tout le monde a exactement le même niveau de formation et de mise à niveau, cela n'existe pas.

**L'hon. Marie-Françoise Mégie:** Je vous remercie.

Merci, monsieur le président.

**Le coprésident (M. René Arseneault):** Merci, sénatrice Mégie.

[Traduction]

Le suivant est le sénateur Kutcher, pour deux minutes.

**L'hon. Stanley Kutcher:** Merci, madame la présidente.

Avant de poser ma question, pouvons-nous demander à la Dre Freeland de nous remettre les deux documents dont elle a parlé lors de son témoignage pour que nous puissions les examiner? Le greffier pourrait peut-être les lui demander.

Docteur Gupta, il semble y avoir une certaine confusion entre la prestation d'un traitement pour une maladie mentale et la prestation d'une aide médicale à mourir. Si un patient souhaitait recevoir un traitement, serait-il dans les faits admissible à l'aide médicale à mourir?

**Dre Mona Gupta:** Non, il ne le serait pas.

**L'hon. Stanley Kutcher:** D'accord, je pense que c'est clair. Je vous remercie.

L'autre chose, c'est qu'il semble y avoir une confusion entre les évaluateurs et les consultants. De plus en plus de psychiatres suivent la formation pour devenir évaluateurs, mais nous avons déjà des psychiatres qui sont consultants pour l'aide médicale à mourir. Nous nous attendons à ce que le nombre de personnes qui chercheront à obtenir l'aide médicale à mourir pour une maladie mentale soit très faible.

La profession compte-t-elle actuellement suffisamment de personnes capables d'assurer les consultations nécessaires et, à mesure que la profession se développera, y aura-t-il un nombre croissant de ces praticiens qui deviendront aussi des évaluateurs? Je pense qu'il y a une confusion entre les deux.

**Dre Mona Gupta:** Personnellement, je n'ai jamais eu connaissance d'un cas où il était nécessaire d'avoir recours à un consultant psychiatrique pour soutenir les évaluateurs et où il n'a pas été possible d'obtenir une consultation psychiatrique. La Dre Gamache a une vue d'ensemble de la province de Québec et peut probablement vous en parler mieux que moi.

C'est exact. Nous jouons déjà ce rôle de consultants, en tant que garde-fous et experts, et nous continuerons à faire ce travail. Je pense qu'avec le temps, les gens souhaitent de plus en plus devenir des évaluateurs, et ils suivent une formation et apprennent de leurs collègues déjà expérimentés comment faire ce travail.

• (2020)

**L'hon. Stanley Kutcher:** Des psychiatres se sont opposés à toute la notion d'état de préparation. Est-ce que certains de vos collègues ont participé à des travaux visant à élaborer des critères de préparation? Ont-ils demandé à y participer, ou y a-t-il une croyance selon laquelle l'état de préparation n'existera jamais et, par conséquent, à quoi bon en discuter?

**Dre Mona Gupta:** Je ne suis pas dans leurs têtes, alors je ne peux pas vous dire ce qu'ils pensent, mais je suis vraiment heureuse que vous ayez soulevé cette question, parce que je pense que certaines des voix qui disent que nous ne sommes pas prêts n'ont rien aidé à la préparation.

Je dirais que l'une des façons d'évaluer si une personne est sincère au sujet de ses préoccupations sur la préparation — au lieu, comme l'a dit le Dr Grant, de se servir de ce prétexte pour exprimer son opposition — est d'évaluer son apport pour améliorer l'état de préparation. Quelqu'un qui se préoccupe sincèrement de la préparation va s'impliquer. Ceux qui font preuve d'un tel pessimisme ne se sont pas impliqués, même lorsque des occasions leur ont manifestement été présentées.

**L'hon. Stanley Kutcher:** Vous avez un devoir sacré en tant qu'organisme de réglementation. Les organismes de réglementation accepteraient-ils d'autoriser l'aide médicale à mourir, ou AMM, si les normes appropriées n'étaient pas en place?

**Dr Douglas Grant:** Non.

**Le coprésident (M. René Arseneault):** Merci, docteur Grant.

C'est tout le temps dont vous disposiez pour l'instant, monsieur Kutcher.

[Français]

Sénateur Dalphond, vous avez la parole pour trois minutes.

**L'hon. Pierre Dalphond:** Je remercie les trois témoins de participer à notre réunion.

Docteur Gamache, vous avez dit que le conseil d'administration de l'Association des médecins psychiatres du Québec avait approuvé la position de votre organisme au sujet de l'aide médicale à mourir et que cela a été soumis à l'assemblée annuelle de 2021.

Dois-je comprendre que vous parlez au nom d'un organisme qui a consulté l'ensemble de ses membres?

**Dre Claire Gamache:** Cela a été présenté à l'assemblée annuelle. Il n'y a pas eu de vote à ce sujet, mais cela a effectivement été présenté à l'ensemble de nos membres.

Nous continuons de travailler avec tous ces gens.

**L'hon. Pierre Dalphond:** Vous êtes aussi d'avis que les psychiatres sont suffisamment formés pour éviter tout dérapage.

**Dre Claire Gamache:** Nous sommes déjà formés pour la voie 2.

Nous sommes exactement dans la même voie pour les patients qui ont des problèmes de troubles mentaux.

[Traduction]

**L'hon. Pierre Dalphond:** Ma prochaine question s'adresse au Dr Grant.

Vous avez affirmé que les organismes de réglementation sont prêts et qu'aucune préparation supplémentaire n'est nécessaire. Si vous, en tant qu'organismes de réglementation, êtes prêts, faut-il présumer que les professionnels de la santé le sont aussi?

**Dr Douglas Grant:** Je dirais que les professionnels de la santé ne pourraient aller de l'avant si les organismes de réglementation n'étaient pas prêts. Les organismes de réglementation se seront appuyés sur les efforts du groupe de travail. Nous avons tous rédigé les documents.

Les organismes de réglementation auront tous déterminé l'orientation pour que les professionnels de la santé — les médecins — sachent ce qu'on attend d'eux. Plus important encore — ou ce qui est tout aussi important —, comme nos normes sont publiques, la population saura ce à quoi elle a droit.

**L'hon. Pierre Dalphond:** Vous dites que c'est le cas pour les 10 provinces et les trois territoires.

**Dr Douglas Grant:** Je peux dire que le modèle de norme de pratique que nous avons élaboré a été diffusé à tous nos collègues. Ils l'ont tous accueilli favorablement. J'ai parlé à chacun des registraires, qui se serviront tous de ce document d'une façon ou d'une autre pour mettre en place leur norme provinciale.

**L'hon. Pierre Dalphond:** Est-ce que chaque province en a fait sa norme, ou est-ce que le processus est en cours?

**Dr Douglas Grant:** Tous les registraires se serviront de ce document soit pour orienter leur norme ou pour en faire leur norme.

Je suis conscient que je parle au nom de tout le groupe. Je sais que, en Nouvelle-Écosse, nous allons adopter cette norme dans son intégralité.

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

**Le coprésident (M. René Arseneault):** Il vous reste 30 secondes, sénateur Dalphond.

Avez-vous terminé? D'accord.

Sénatrice Osler, vous avez la parole pendant trois minutes.

**L'hon. Flordeliz Osler:** Merci, monsieur le président, et merci aux témoins.

Ma question s'adresse à la Dre Gupta.

Le Comité a entendu des préoccupations au sujet du fait que quelqu'un souffre de détresse émotionnelle aiguë peut être admissible à l'AMM si un trouble mental est le seul problème médical invoqué. Pouvez-vous décrire la préparation des cliniciens et la façon dont ils évalueront si la demande d'AMM d'un patient découle de pensées suicidaires?

● (2025)

**Dre Mona Gupta:** Je vous remercie de cette question.

Les cliniciens sur le terrain feront appel au travail mené par le groupe d'experts et le groupe de travail pour aider à clarifier comment utiliser ces termes dans la pratique.

Même sans ce travail, je suis persuadée qu'aucun psychiatre, médecin ou infirmière praticienne ne pense que la détresse aiguë est l'équivalent d'un problème de santé grave et irrémédiable. Nous comprenons tous qu'une affection incurable et un stade avancé de déclin irrémédiable doivent impliquer, comme c'est actuellement le cas pour d'autres maladies chroniques dans le deuxième volet, un traitement inefficace depuis longtemps et l'incapacité de fonctionner qui prive le patient d'une qualité de vie adéquate.

Quant à votre question sur les tendances suicidaires, elles font déjà partie de l'évaluation des demandes d'AMM à l'heure actuelle. Lorsque les gens sont en crise, soit on ne fait pas d'évaluations de l'AMM — si c'est ce que la personne demande —, soit on les met en attente pour pouvoir traiter la crise. Ce sera exactement la même chose lorsqu'une personne a comme seule condition médicale un trouble mental.

**L'hon. Flordeliz Osler:** Merci, docteur Gupta.

Je vais peut-être poser la question à la Dre Gamache.

[Français]

**Dre Claire Gamache:** Je dirais la même chose.

Posez-vous la même question? Oui? D'accord.

Les tendances suicidaires font partie de notre quotidien, en psychiatrie. Même les gens qui invoquent actuellement des problèmes physiques ou des cancers pour demander l'aide médicale à mourir peuvent avoir des idées suicidaires à certains moments du processus. Il faut alors réévaluer leur cas. Parfois, nous devons les protéger contre ces idées. Nous essayons de comprendre pourquoi ils ont ces idées. Cela fait partie de la demande d'aide.

Comme le dit la Dre Gupta, personne ne recevra l'aide médicale à mourir dans un moment de crise. Le processus est très long. Il faut laisser s'écouler un délai de 90 jours avant d'agir dans la voie 2. Pendant une crise, il n'y a pas de risque à cet égard.

**Le coprésident (M. René Arseneault):** Merci beaucoup, docteur Gamache.

[Traduction]

Nous allons maintenant terminer cette séance par l'intervention de la sénatrice Martin.

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

Ma question s'adresse à la Dre Gupta.

Le président de la Société médicale canadienne sur l'addiction, ou SMCA, a récemment été cité au sujet de l'AMM pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Il a dit: « Il n'est pas juste de rendre des personnes inadmissibles uniquement parce que leur trouble mental pourrait être en partie ou en totalité un trouble lié à la consommation de substances. » Cela donne à penser que la SMCA estime que les personnes qui ne souffrent que de dépendances devraient être admissibles à l'AMM. Souscrivez-vous à cette affirmation?

**Dre Mona Gupta:** Dans la même logique qu'a suivie le groupe d'experts, nous devons nous concentrer sur les complexités et non sur le diagnostic de la personne. Je ne fais pas partie de cette association, et je ne peux pas commenter les discussions internes de ses membres, mais je dirais que, pour qu'une personne ayant un trouble lié à la consommation de substances réponde aux critères, elle devrait avoir un problème de santé extrêmement grave avec une morbidité physique probablement très grave.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Pouvez-vous nommer des mesures de protection qui empêcheraient une personne dont la condition la plus grave est une dépendance d'être évaluée pour l'AMM?

**Dre Mona Gupta:** Une personne peut faire une demande et être évaluée, mais elle ne sera pas admissible à moins de satisfaire aux critères et de respecter les mesures de protection. La plupart des personnes ayant une dépendance à des substances qui n'ont aucune des séquelles de la dépendance chronique et grave ne seraient pas admissibles.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** J'ai lu de telles déclarations, mais il y a aussi des données probantes provenant de pays européens qui autorisent l'AMM pour les maladies mentales selon lesquelles deux fois plus de femmes que d'hommes reçoivent l'AMM pour des raisons de maladie mentale. Il s'agit de la même proportion de femmes par rapport aux hommes qui tentent de se suicider alors qu'elles souffrent de maladie mentale.

Comment expliquez-vous cet écart entre les sexes dans cet exemple européen, et cela ne vous préoccupe-t-il pas pour le Canada?

**Dre Mona Gupta:** L'écart ne me préoccupe pas, en ce sens que personne ne sait ce qu'il signifie. Nous pouvons formuler toutes sortes d'hypothèses sur ce que cet écart pourrait signifier, mais personne ne le sait vraiment. Je vous mettrais cependant en garde contre la tentation de tirer des conclusions, comme celle que vous avez formulée dans votre question au sujet des taux de suicide des hommes par rapport aux femmes, parce que nous ne savons pas ce qu'il signifie.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Ce sont toutes des questions qui témoignent de ma profonde préoccupation par rapport à cette échéance imminente et par le fait que nous avons entendu des témoignages, même ce soir, sur notre manque de préparation.

Pour revenir à ces données provenant de l'Europe, nous parlons souvent de données probantes dont nous pouvons nous inspirer et desquelles nous pouvons tirer des leçons pour le Canada. Ce sont des exemples très préoccupants.

• (2030)

**Le coprésident (M. René Arseneault):** Merci, sénatrice Martin.

[Français]

Je remercie tous les témoins de s'être joints à nous, de s'être prêtés à l'exercice de répondre aux questions. Nous savons que c'est souvent trop court, mais ce sont les règles.

Je vous remercie de votre présence.

[Traduction]

Nous allons maintenant brièvement suspendre la séance pour passer à huis clos afin de discuter de travaux du Comité. M. Angus, notre collègue qui participait à la réunion virtuellement, a reçu un lien Zoom pour la partie à huis clos.

Nous nous arrêtons pendant environ cinq minutes.

[Français]

Nous suspendons donc la séance.





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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

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

---

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante :  
<https://www.noscommunes.ca>

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

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

---

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