CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44e LÉGISLATURE, 1re SESSION

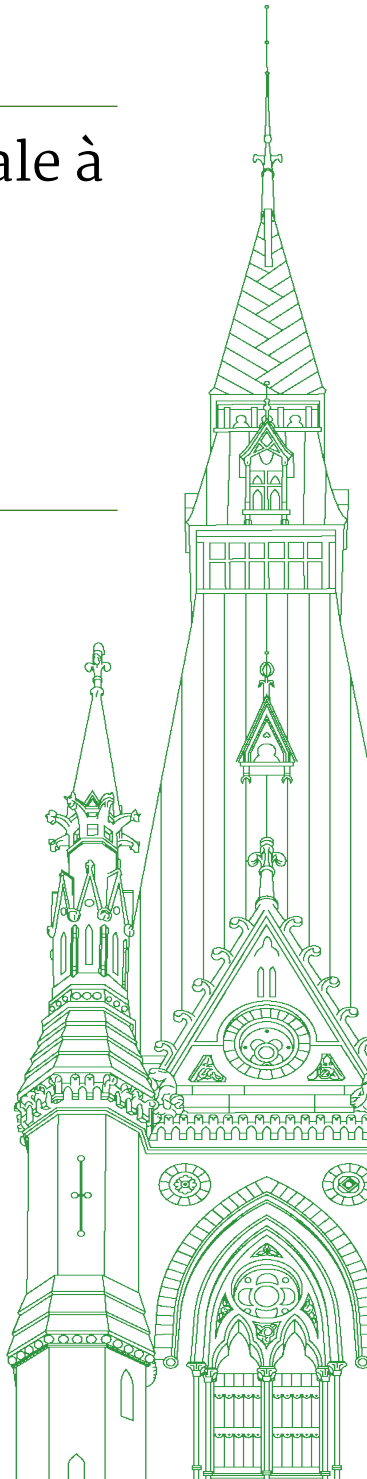
Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 039

PARTIE PUBLIQUE SEULEMENT - PUBLIC PART ONLY

Le mardi 21 novembre 2023



Coprésidents : M. René ArseneaultL'honorable Yonah Martin

Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

Le mardi 21 novembre 2023

● (1835)

[*Traduction*]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin (sénatrice, Colombie-Britannique, C.)): Bonsoir, et bienvenue à cette réunion du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir.

J'aimerais commencer par souhaiter la bienvenue aux membres du Comité et à tous nos témoins ainsi qu'aux personnes qui nous regardent sur le Web.

Je m'appelle Yonah Martin. Je suis coprésidente du comité sénatorial. Je suis accompagnée de M. René Arseneault, coprésident du Comité à la Chambre des communes.

Aujourd'hui, nous poursuivons 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.

Je tiens à rappeler aux députés et aux témoins de tenir leurs microphones en sourdine, sauf lorsque l'un des coprésidents leur cède la parole. À titre de rappel, tous les commentaires doivent être adressés aux coprésidents. Lorsque vous parlez, veuillez le faire lentement et clairement. Pour ceux qui comparaissent par vidéoconférence, l'interprétation est disponible. Au bas de l'écran, vous avez le choix entre l'anglais et le français.

Sur ce, je souhaite la bienvenue à nos témoins de ce soir.

Merci beaucoup d'être venus.

À titre personnel, nous accueillons Mme Jocelyn Downie, professeure émérite à la Faculté de droit de Schulich de l'Institut du droit de la santé, Université Dalhousie. Nous accueillons aussi M. Trudo Lemmens, professeur et titulaire de la chaire Scholl en droit et politique de la santé à la Faculté de droit de l'Université de Toronto, par vidéoconférence.

De la Direction générale de la politique stratégique de Santé Canada, nous avons Mme Jocelyne Voisin, sous-ministre adjointe, accompagnée de deux fonctionnaires de la Direction des programmes et des politiques de soins de santé, Mme Sharon Harper, directrice générale, et Mme Jacquie Lemaire, conseillère principale en politique. Du ministère de la Justice, nous accueillons Mme Myriam Wills, avocate, Section de la politique en matière de droit pénal.

[*Français*]

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): Je n'osais pas vous interrompre, madame la présidente, mais nous éprouvons toujours le même problème en début de séance. Le son dans la salle est beaucoup trop fort pour les interprètes.

Si je ne veux pas me blesser les tympans à cause du son trop fort dans mon oreille, il faudrait ajuster le son. Il faudrait d'ailleurs effectuer les tests de son sur place en début de séance, comme on le fait pour les participants à distance.

Cela m'agace un peu de vous interrompre à chaque rencontre, mais la situation restera ainsi jusqu'à la fin si les tests de son ne font pas partie de la procédure.

Je m'excuse, mais c'est la vie.

[*Traduction*]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je suppose que l'on est en train de régler le son.

[*Français*]

M. Luc Thériault: Si vous parliez, cela nous permettrait de régler le volume du son avec les interprètes.

[*Traduction*]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): D'accord. Je vais lire la liste des témoins et leur ordre de comparution. J'espère que cela vous aidera à régler le volume. Je vais juste essayer cela.

Je vais attendre avant de céder la parole à notre premier témoin.

On me dit que le volume est bon maintenant. Excellent.

Nous allons commencer par une déclaration préliminaire de cinq minutes de chacun de nos témoins, soit la professeure Downie, suivie du professeur Lemmens, puis de la fonctionnaire fédérale, Mme Voisin.

Madame Downie, vous avez la parole pour cinq minutes.

Mme Jocelyn Downie (professeure émérite, Institut du droit de la santé, Schulich School of Law, Dalhousie University, à titre personnel): Bonsoir. Je vous remercie de m'avoir invitée à m'adresser à vous.

Je m'appelle Jocelyn Downie et je suis professeure émérite aux facultés de droit et de médecine de l'Université Dalhousie. J'ai eu l'honneur de devenir membre de la Société royale du Canada et de l'Académie canadienne des sciences de la santé et d'être nommée membre de l'Ordre du Canada pour mon travail sur cet enjeu.

Je commencerai ce soir par le mandat du Comité, qui est de vérifier le « degré de préparation atteint pour une application sûre et adéquate de l'aide médicale à mourir » dans les situations d'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué, l'AMM TM-SPMI. Je ferai particulièrement référence aux normes de pratique mentionnées par le groupe d'experts.

Pour ce qui est de cette mesure, l'état de préparation a déjà été établi lors de vos audiences. Vous savez que la norme de pratique modèle a été publiée en mars 2023, et les organismes de réglementation professionnelle sont tout à fait prêts. Toutefois, au cas où vous dépassiez ce mandat ou que vous modifiiez les paramètres de cette mesure, il faut que nous en discutions plus avant.

Il y a d'abord la Charte. Les articles 7 et 15 limitent les droits d'accès à l'AMM fondé sur un diagnostic pour les personnes atteintes d'une maladie mentale. On trouve des arguments en ce sens dans de nombreux témoignages, mémoires et décisions juridiques. On pourrait invoquer un manque de préparation pour tenter de justifier cette limitation des droits selon l'article 1. Toutefois, cet argument serait rejeté.

Le gouvernement fédéral est prêt. Il a modifié son règlement sur les rapports, créé un groupe d'experts indépendant sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale, créé un groupe d'experts indépendant chargé de rédiger et de modéliser des normes de pratique. Il a financé le programme national accrédité indépendant pour former des évaluateurs et des fournisseurs d'aide médicale à mourir. Il a appuyé un atelier d'échange de connaissances entre des évaluateurs, des fournisseurs et des psychiatres de toutes les administrations du Canada afin de les préparer à la mise en œuvre de l'AMM TM-SPMI. De plus, les personnes chargées de réglementer la conduite des évaluateurs et des fournisseurs d'aide médicale à mourir vous ont confirmé qu'elles étaient prêtes.

L'état de préparation clinique a été établi en organisant de multiples séances de formation partout au pays. Il existe maintenant une communauté de pratique réunissant des psychiatres experts situés dans tout le Canada. Les évaluateurs et les fournisseurs d'AMM ont déjà acquis de l'expérience en évaluant les demandes d'AMM de personnes atteintes de troubles mentaux, et les psychiatres l'ont acquise en conseillant des patients des voies 1 et 2. L'élaboration de protocoles et de politiques dans le cadre des programmes a aussi renforcé l'état de préparation clinique.

L'absence de préparation politique ne justifie pas la limitation des droits garantis par la Charte. Le prétendu manque de préparation clinique de certains psychiatres ne justifie pas la limitation des droits garantis par la Charte. Tous les cliniciens du Canada ne se sentaient pas prêts à administrer l'aide médicale à mourir lorsqu'elle est entrée en vigueur. Les psychiatres qui ne se sentent pas prêts ne sont pas tenus d'y participer. Partout au pays, des psychiatres et d'éminents experts en psychiatrie sont tout à fait prêts.

Certains diront que les Canadiens ne sont pas tous prêts. Cependant, tous les Canadiens n'étaient pas prêts à accepter l'aide médicale à mourir. Personne n'est obligé de demander l'aide médicale à mourir. La protection des droits garantis par la Charte n'attend pas, et ne peut pas attendre, qu'un sous-ensemble de la population se prépare. Par conséquent, on ne peut pas invoquer le manque de préparation pour préserver les limites des droits garantis par la Charte que tout retard supplémentaire entraînerait.

Passons maintenant à la répartition des pouvoirs en vertu des articles 91 et 92 de la Loi constitutionnelle. Le Parlement fédéral doit aborder la question de la préparation en tenant compte de ses propres compétences. Il est tout à fait évident qu'il est prêt. Même si vous n'êtes pas convaincus que toutes les provinces et tous les territoires le sont — ce qui est inexact, car les ordres de réglementation des provinces et des territoires ainsi que de l'information disponible sur les programmes d'aide médicale à mourir et sur les mécanismes de surveillance des provinces et des territoires prouvent irrécusablement le contraire — le partage des pouvoirs exige que vous ne différiez pas davantage.

Considérons quelques faits historiques. Prenons, par exemple, la loi de 1969 qui a rendu l'avortement légal sous certaines conditions. Cette loi a été adoptée en mai 1969. La sanction royale a été donnée en juin 1969. Les dispositions sur l'avortement sont entrées en vigueur en août 1969. Le Parlement n'a pas attendu que de nouveaux comités sur l'avortement thérapeutique soient établis dans les hôpitaux du pays. Il a apporté les changements qu'il jugeait appropriés pour protéger les droits des femmes, et il a laissé aux provinces et aux territoires le soin de faire le nécessaire pour mettre en œuvre les changements à leur niveau.

Cette vision de la préparation repose aussi sur un fondement logique et éthique. Si le Parlement devait un jour lier les modifications apportées au Code criminel à l'état de préparation des provinces et des territoires, il permettrait aux provinces et aux territoires de casser ses décisions en matière de droit pénal. Cela permettrait également à toutes les provinces et à tous les territoires à la traîne de tenir en otage les autres provinces et territoires qui se sont préparés. Les provinces et les territoires qui ont choisi de ne pas être prêts pourraient ainsi bloquer la protection des droits que la Charte garantit aux habitants des provinces et des territoires qui se sont préparés. C'est une chose à laquelle le Parlement ne devrait pas s'associer.

● (1840)

Je vous laisse sur une dernière réflexion. La décision de première instance dans l'affaire Carter a été rendue en 2012. La décision Truchon a été prise en 2019. Le projet de loi C-7 a été adopté en 2021.Nous sommes maintenant en 2023. Un autre délai nous mènerait jusqu'en 2025. Justice différée est justice refusée.

Merci.

● (1845)

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

Nous passons maintenant la parole à M. Lemmens.

Vous avez cinq minutes.

[*Français*]

M. Trudo Lemmens (professeur, titulaire de la chaire Scholl en droit et politique de la santé, Faculté de Droit, Université de Toronto, à titre personnel): Chers présidents, membres du Comité, bonjour.

[*Traduction*]

L'obligation fondamentale du Parlement est de protéger la vie et de promouvoir le bien-être des Canadiens. L'expansion de l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes de maladie mentale constitue une menace sans précédent. Elle semble être motivée par trois facteurs. Premièrement, par une interprétation, une perception erronée de l'obligation constitutionnelle; deuxièmement, par l'engagement ferme, à l'égard de cette expansion, d'un petit groupe de personnes qui ont une influence dominante dans le processus d'élaboration des politiques et qui insistent massivement sur la nécessité de l'accès et non de la protection; et troisièmement, par un manque de compréhension des problèmes auxquels les administrations qui la permettront se heurteront ici, parce que nos normes juridiques sont moins rigoureuses.

Premièrement, la Constitution n'exige pas que l'on utilise la mort pour « résoudre » les souffrances souvent aiguës causées par une maladie mentale. Une lettre adressée au Cabinet par 31 professeurs de droit canadiens, notamment des spécialistes des droits constitutionnels et des droits de la personne, le souligne clairement. Cet argument figure dans plusieurs publications universitaires, dans notre prochain article ainsi que dans les mémoires présentés en comité par des juristes et dans la Norme sur la protection des personnes vulnérables.

Les auteurs de ces documents précisent également qu'il n'est pas discriminatoire de limiter l'accès à l'aide médicale à mourir. Aucun tribunal — certainement pas la Cour suprême — n'a statué que la mort provoquée par un médecin est une procédure intrinsèquement ou essentiellement bénéfique à laquelle tous doivent avoir droit. Il s'agit d'une pratique complexe qui, de l'avis de la Cour, devrait être permise dans des circonstances très particulières à titre d'exception soigneusement conçue à une interdiction cruciale du Code criminel.

En réalité, c'est le contraire. Le fait de cibler les personnes handicapées — et bientôt aussi les personnes atteintes de maladie mentale, dont la maladie ne peut être jugée irrémédiable — expose les personnes handicapées, qui sont déjà victimes de discrimination systémique, à un risque grave de décès. Cela menace aussi leur droit à la vie. Cela stigmatise de la façon la plus discriminatoire la réalité de vivre avec une maladie mentale ou avec un handicap, car notre système offre à ces personnes la mort au lieu d'un soutien suffisant tout en continuant à protéger les autres.

Deuxièmement, certains experts médicaux soulignent devant ce comité que l'aide médicale à mourir pour la maladie mentale est un « droit constitutionnel », mais ils hésitent à répondre lorsqu'on leur demande s'il est possible de le faire en toute sécurité et de déterminer si l'affection de chaque demandeur est irrémédiable. J'y vois là une caricature de la façon dont les politiques prudentes et le processus législatif devraient fonctionner. Les experts en médecine, en politiques et en éthique doivent informer le gouvernement, les députés et les tribunaux de ce que signifiera l'expansion de l'aide médicale à mourir. Avec la politique d'aide médicale à mourir du Canada, tout ira à l'envers. Reprenant la rhétorique des droits constitutionnels, le gouvernement a donné aux personnes qui s'y étaient déjà engagées des positions privilégiées pour la mettre en œuvre.

Il est frappant de constater que ceux qui nous assurent maintenant que les préoccupations sont injustifiées affirmaient dès le premier jour que l'aide médicale à mourir pour maladie mentale ne pose pas de problème et qu'elle ne devrait pas être traitée différemment. Pourtant, ils avaient été chargés d'évaluer les autres mesures de sauvegarde nécessaires, puis ils ont omis de les recommander, ce qui laisse à la discrétion de chaque professionnel l'option de laisser vivre ou d'accorder la mort. Les autorités n'ont même pas tendu la main à l'ensemble de la communauté de la santé mentale lorsqu'un bioéthicien défenseur des patients a démissionné, en signe de protestation, du groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale. Il est encore plus troublant, comme le souligne un mémoire, que les mêmes experts aient récemment fourni des renseignements trompeurs aux députés, alors que le récent projet de loi visant à suspendre l'expansion de l'AMM a fait l'objet d'un vote au Parlement.

Troisièmement, l'affirmation selon laquelle nous n'avons besoin que de quelques psychiatres prêts à l'administrer parce que peu de patients seront admissibles est fausse. Au lieu de nous rassurer, cette affirmation nous inquiète.

En outre, en Belgique et aux Pays-Bas, cette pratique demeure controversée justement parce que quelques psychiatres l'ont entraînée dans des directions problématiques. Une poursuite criminelle a temporairement bloqué son expansion en Belgique, alors qu'un psychiatre avait participé à près de la moitié des cas d'euthanasie en santé mentale de 2007 à 2011. Les taux d'approbation pour l'euthanasie psychiatrique sont faibles — de 5 à 10 % — surtout à cause de la difficulté de déterminer si l'affection est irrémédiable. Toutefois, lorsque l'euthanasie pour maladie mentale est devenue une pratique plus répandue, la demande a augmenté considérablement, passant de 500 en 2008 à 1 100 en 2015. La demande au Canada sera plus élevée, et aucune contrainte juridique ne maintiendra les approbations à un faible niveau.

● (1850)

Lorsque les organismes de réglementation disent qu'ils sont prêts, nous devons nous demander « prêts à quoi? » Oui, il y aura de piètres règlements assortis de règles qui laisseront tellement de latitude que l'on aura très peu de motifs d'intenter des poursuites criminelles ou d'imposer des mesures disciplinaires professionnelles. Nos lois et nos règles professionnelles accorderont un droit illimité de mettre fin à la vie de patients atteints de maladie mentale. C'est une forme flagrante d'abandon qui discrimine les Canadiens atteints de maladie mentale et leurs familles.

[*Français*]

Je vous implore de ne pas vous cacher sous le couvert d'un droit constitutionnel pour laisser cet élargissement de la loi aller de l'avant.

[*Traduction*]

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

Enfin, nous avons Mme Voisin.

Vous avez la parole pour cinq minutes.

Mme Jocelyne Voisin (sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique, ministère de la Santé): Je remercie les présidents et les membres du Comité de nous avoir invités aujourd'hui.

Je tiens à remercier le Comité pour son engagement à l'égard de cet enjeu ainsi que pour le travail qu'il a accompli jusqu'à maintenant et qu'il accomplira par la suite.

[*Français*]

J'aimerais commencer par dire que Santé Canada croit que les Canadiens méritent de vivre dans le confort et dans la dignité en ayant accès à des soins, y compris des soins de fin de vie, qui sont adaptés à leurs besoins et qui respectent leurs souhaits.

[*Traduction*]

Nous reconnaissons que l'AMM est un choix profondément personnel et nous nous engageons à veiller à ce que nos lois reflètent les besoins évolutifs des Canadiens, protègent les personnes vulnérables et soutiennent l'autonomie et la liberté de choix.

Comme vous le savez, le Code criminel fédéral du Canada n'autorise la prestation d'AMM que dans des circonstances et selon des règles très précises. Toute personne qui demande l'AMM doit répondre à des critères d'admissibilité très particuliers pour en bénéficier. Les médecins qui administrent l'AMM à une personne doivent observer toutes les mesures de sauvegarde.

[*Français*]

Compte tenu de votre mandat, je comprends que vous vous concentriez sur l'état de préparation du système à offrir l'aide médicale à mourir aux personnes dont la maladie mentale est le trouble médical invoqué.

[*Traduction*]

Dans le cadre de nos travaux visant à préparer la levée de l'exclusion de l'admissibilité à l'AMM pour les personnes souffrant uniquement de troubles mentaux, Santé Canada a travaillé en étroite collaboration avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec les intervenants du secteur de la santé mentale, les associations de professionnels de la santé et d'autres intervenants afin de donner suite aux recommandations de ce comité et du groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale.

Par exemple, Santé Canada a appuyé l'élaboration et la publication d'un document intitulé *Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir* qui s'accompagne d'un document de référence intitulé *Document de référence : Aide médicale à mourir*. Nous avons également financé l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires d'AMM pour l'élaboration et le développement d'un programme de formation d'AMM bilingue accrédité à l'échelle nationale. Le nombre d'inscriptions continue d'augmenter, avec un dernier décompte de 901 inscrits en date du 17 novembre. Parmi ceux-ci, 490 sont des médecins, 132 sont des psychiatres, et 279 sont des infirmiers praticiens. Le curriculum comprend 7 modules, dont un module sur la maladie mentale comme seule condition médicale invoquée.

Nous avons également amélioré la collecte de données existantes sur l'AMM par l'entremise du système fédéral de surveillance pour aider à déterminer s'il existe des inégalités ou des désavantages dans les demandes et la prestation de l'AMM. Nous continuons à consulter les peuples autochtones en organisant des réunions dirigées par le gouvernement et par les Autochtones. Nous publierons en 2025 un rapport sur ce que nous aurons entendu.

Enfin, pour appuyer l'examen des cas et la surveillance, nous collaborons avec les provinces et les territoires afin d'améliorer l'uniformité et les possibilités d'échange de pratiques exemplaires sur les mécanismes de surveillance déjà en vigueur dans ces administrations.

[*Français*]

Ces ressources apporteront un soutien accru à l'évaluation et à la prestation de l'aide médicale à mourir dans les situations où la mort n'est pas raisonnablement prévisible, par exemple dans les cas de maladie de Parkinson, ainsi que dans les situations où la demande est fondée uniquement sur la base d'une maladie mentale.

Au niveau fédéral, nous avons travaillé avec diligence pour nous assurer que les outils et les ressources seront en place pour soutenir les cliniciens et les régulateurs avant le mois de mars 2024. Je sais, grâce à mon engagement auprès de mes collègues des provinces et des territoires, qu'ils travaillent ardemment à préparer leur système de santé à la levée de la restriction. De nombreux évaluateurs de l'aide médicale à mourir s'occupent déjà des cas de la voie 2, où la mort n'est pas raisonnablement prévisible, ce qui inclut les personnes qui peuvent souffrir d'une maladie mentale combinée à d'autres affections.

[*Traduction*]

Cela dit, le niveau de préparation varie à travers le pays, et les provinces et territoires se heurtent à un manque de professionnels qualifiés, surtout dans le domaine de la santé mentale.

Les praticiens nous ont dit que les évaluations des demandes de la voie 2 sont généralement plus difficiles à effectuer en raison de la complexité des pathologies concernées et de l'application des critères d'admissibilité et des mesures de sauvegarde rigoureuses existantes. Autrement dit, les cliniciens qui évaluent l'AMM passent beaucoup plus de temps à rassembler les renseignements nécessaires sur la personne et sur son état. Le processus nécessite souvent un examen de plusieurs années de traitements, d'opérations chirurgicales et de médications ainsi que des consultations avec des experts afin de faire preuve de diligence raisonnable dans la prise d'une décision sur l'admissibilité.

● (1855)

Les conditions médicales typiques citées dans la voie 2 sont des maladies neurologiques comme la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaques. Le rapport annuel de 2022 nous apprend que les cas de la voie 2 ne constituent qu'une faible proportion des demandes d'AMM. Seulement 463 personnes ont reçu l'AMM dans le cadre de la voie 2, soit 3,5 % de toutes les prestations d'AMM, ne représentent que 0,2 % de tous les décès survenus au Canada. Selon le rapport de 2021, qui ne présente qu'une partie de l'année, 223 personnes de la voie 2 ont reçu l'AMM et représentaient 0,7 % de tous les décès survenus au Canada.

[*Français*]

Encore une fois, je tiens à souligner l'importance du travail accompli par ce comité jusqu'à présent.

[*Traduction*]

Vos rapports ont fourni de précieux renseignements sur les points de vue des différentes parties prenantes, et les fonctionnaires fédéraux ont travaillé en étroite collaboration avec les provinces, les territoires et les principales parties prenantes de la communauté de l'AMM afin de continuer à suivre ces recommandations pour soutenir les améliorations dans la prestation de l'AMM.

Merci.

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

Nous allons passer à la première série de questions des députés, en commençant par M. Fast, qui dispose de cinq minutes.

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

Mes questions s'adressent à M. Lemmens.

Professeur, vous avez de nouveau entendu dire aujourd'hui au Comité que la loi du Canada oblige les parlementaires à accorder l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes de maladie mentale. Nous avons également entendu Mme Shelley Birenbaum le dire lors de notre dernière réunion. Elle a dit qu'elle représentait l'Association du Barreau canadien, et elle a laissé entendre qu'en n'étendant pas l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes de maladie mentale, le Canada risquait de faire face à de nombreuses contestations fondées sur la Charte.

Êtes-vous d'accord avec cette évaluation que si nous n'élargissons pas l'aide médicale à mourir, nous serons exposés à de nombreuses contestations fondées sur la Charte?

M. Trudo Lemmens: Je ne suis pas d'accord du tout, et je ne suis pas le seul à penser ainsi. Je crois que de nombreux juristes et de nombreux membres de la profession juridique ne sont pas d'accord. Je pense que cela reflète une vision déformée de l'aide médicale à mourir en indiquant que cette pratique est quasi bénéfique de nature. Cela sous-entend que le fait de ne pas faciliter l'accès à l'AMM dans le système médical constitue un plus grand préjudice que la mort.

Je pense que l'analyse discriminatoire mettrait au contraire l'accent sur les discriminations structurelles que subissent les personnes handicapées, en particulier celles qui souffrent déjà de maladie mentale. Soulignons aussi le risque élevé que cela pose aux femmes, aux Autochtones et aux personnes qui vivent dans la pauvreté. Je soutiendrais, au contraire, qu'en ajoutant une facilité d'accès à la mort à l'inégalité existante tout en continuant de protéger les autres de la mort prématurée... parce que nous devons insister sur le fait que c'est toujours dans le Code criminel. Il protège encore les autres, mais nous allons maintenant exclure cela.

L'hon. Ed Fast: Merci.

J'ai besoin d'une bonne précision. Y a-t-il quoi que ce soit dans les arrêts Carter ou Truchon ou dans la décision de la cause EF de l'Alberta qui obligerait le Parlement à offrir l'aide médicale à mourir aux personnes atteintes de maladie mentale?

M. Trudo Lemmens: J'exhorte les membres du Comité à examiner les mémoires qu'ils ont reçus. Nous avons soumis quelque chose.

Je pense qu'il n'y a rien dans l'arrêt Carter, certainement pas, qui affirme explicitement que nous devons la légaliser. En fait, la Cour suprême a explicitement exclu la maladie mentale de ses justifications.

L'hon. Ed Fast: Avons-nous suffisamment de garanties juridiques et procédurales en vigueur pour accorder l'AMM en toute sécurité aux personnes vivant avec une maladie mentale?

M. Trudo Lemmens: À mon avis, nous n'en avons pas. Je crois qu'il est facile de contourner les mesures de sauvegarde que nous avons. Elles sont déjà contournées dans le contexte de la voie 2. J'exhorte les membres du Comité à regarder, par exemple, le récent documentaire d'Al Jazeera, où nous voyons Rosina Kamis recevoir l'aide médicale à mourir dans le contexte de la voie 2. Je pense que certaines des exigences qui sont censées empêcher les gens de recevoir l'AMM de la voie 2 sont bourrées d'énormes lacunes.

En examinant les guides de pratique de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM, ou ACEPA, ainsi que les documents de formation déjà préparés, les modèles de pratique et les lignes directrices, je vois qu'on insiste énormément sur la nécessité de faciliter l'accès à l'aide médicale à mourir. C'est tellement évident que, par exemple, dans les documents de l'ACEPA, on explique comment transformer très simplement des cas d'AMM de la voie 2 en cas d'AMM de la voie 1. Autrement dit, même les cas évalués à la voie 2... Par exemple, le document de l'ACEPA précise qu'en refusant des antibiotiques pour une infection grave, on peut transformer un cas de la voie 2 en un cas de voie 1.

Je trouve que cela illustre bien que notre approche réglementaire a été adoptée dans le contexte de la voie 2, et il en sera de même pour la maladie mentale.

● (1900)

L'hon. Ed Fast: Dans votre mémoire, vous dites qu'il faudrait effectuer une nouvelle analyse constitutionnelle et faire preuve d'une plus grande déférence.

Qu'entendez-vous par « plus grande déférence »?

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

M. Trudo Lemmens: Je crois que d'éminents constitutionnalistes l'ont déjà affirmé. Je me reporte même aux déclarations du regretté professeur Hogg, qui a explicitement changé d'opinion. Il a indiqué dans une publication plus récente que le Parlement dispose d'une bonne marge de manœuvre pour élaborer un régime de réglementation détaillé et que les tribunaux devaient évaluer ce régime de réglementation, pour respecter le processus législatif du Parlement dans le cadre d'une séparation stricte des pouvoirs.

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

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

M. Francis Scarpaleggia (Lac-Saint-Louis, Lib.): Merci beaucoup.

C'est une grande leçon d'humilité que de siéger à ce comité. Bon nombre des membres du Comité qui ont comparu avant moi en savent beaucoup plus que moi à ce sujet. Les témoins, bien sûr, sont extraordinairement qualifiés.

À titre d'information, je voudrais remonter deux ans en arrière, lorsque le Sénat a amendé le projet de loi C-7 pour supprimer l'interdiction relative à la maladie mentale. Il a renvoyé ce projet de loi. A-t-il ajouté la nécessité de créer un comité d'experts, ou est-ce que le gouvernement l'a demandé? Je devrais probablement le savoir moi-même, mais cela remonte à plusieurs années.

Mme Jocelyn Downie: L'examen par le comité d'experts est prévu dans la loi.

M. Francis Scarpaleggia: Était-ce inscrit dans l'amendement du Sénat?

Mme Jocelyn Downie: Je ne sais pas si c'est venu du Sénat ou si c'était dans le projet de loi initial. C'était certainement dans le projet de loi C-7.

M. Francis Scarpaleggia: Oui, mais je pense que le gouvernement a peut-être inclus cela et que le Sénat a simplement défini l'interdiction. Le Sénat a renvoyé le projet de loi sans aucune mesure de sauvegarde dans son amendement. C'est intéressant.

J'aimerais parler de la question des affections irrémédiables. C'est essentiel, parce que cela définit, d'une certaine façon — si je comprends bien — pourquoi l'aide médicale à mourir est permise. C'est parce que l'affection est « grave et irrémédiable ». Dans le cas de la maladie mentale grave, il semble y avoir beaucoup d'incertitude sur la possibilité de déterminer si une maladie est irrémédiable. Je suis sûr que vous avez lu l'éditorial du *Globe and Mail* publié le mois dernier. On y lit qu'une étude de premier plan a révélé que les cliniciens formés et expérimentés prédisaient correctement les chances de rétablissement à long terme de leurs patients dans seulement 47 % des cas, soit moins que s'ils avaient simplement tiré à pile ou face.

L'absence de certitude à ce sujet pourrait-elle devenir un moyen de défense justifiable en vertu de l'article 1?

Mme Jocelyn Downie: Non, je ne le crois pas.

Nous devons porter une attention particulière au fait que l'expression « grave et irrémédiable » figure dans la loi — ce n'est pas un terme clinique — et que l'expression « maladie, affection ou handicap grave et irrémédiable » figure dans la loi. En fait, cela fait partie de la définition de « irrémédiable ». Lorsque les gens disent qu'il n'y a pas de définition clinique, ils se trompent, parce que nous ne cherchons pas à attribuer une définition clinique à un terme juridique. Les termes juridiques des lois devraient être définis dans les lois, et ils le sont. Les cliniciens doivent déterminer si la maladie correspond à cette définition. Pour cela, on élabore des normes de pratique, et c'est ce que nous avons. Dans la norme de pratique modèle, il y a un énoncé clair au sujet de la « maladie grave et incurable » etc., de sorte que l'on ne pourrait pas démontrer l'absence de ces termes.

L'autre chose que j'aimerais ajouter est la suivante. Bien sûr, l'expression « mort naturelle devenue raisonnablement prévisible » se trouve dans le Code criminel. Les cliniciens — surtout la première fois qu'ils ont vu cette expression — ne s'entendent pas sur ce que cela signifie.

Ce n'est pas une justification pour violer les droits.

● (1905)

M. Francis Scarpaleggia: Les auteurs de cet éditorial soulignent que dans le cas des maladies comme le cancer, il n'est pas possible de prévoir la mort naturelle avec certitude, mais cela s'applique encore plus aux cas de maladie mentale.

Pour revenir au point que vous avez soulevé au sujet de la définition juridique de « irrémédiable », pourriez-vous expliquer la différence entre cette définition et la notion d'irrémédiable qu'ont les cliniciens?

Mme Jocelyn Downie: Les cliniciens vous diront que le terme « irrémédiable » leur est étranger. Ce n'est même pas un terme clinique. Le terme « incurable » leur dit quelque chose. En présence de certains types de troubles, et pas seulement des troubles mentaux, la notion classique d'« incurabilité » — il n'y a pas de remède — n'est pas applicable. L'absence de consensus sur la signification du terme n'est pas propre aux troubles mentaux. Ce n'est pas une raison de mettre les troubles mentaux à part.

Je dirais aussi, à propos de l'éditorial du *Globe*, qu'un groupe de psychiatres a publié une réponse à cette publication parce que c'était un tissu de fausses informations. J'invite le Comité à prendre connaissance de cette réponse.

M. Francis Scarpaleggia: Intéressant.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Il vous reste 15 secondes.

M. Francis Scarpaleggia: Je ne pense pas avoir le temps de présenter un argumentaire ni de poser une question. Je laisse tomber.

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.

Il est difficile pour moi de suivre l'interprétation des propos quand mes collègues font des commentaires à haute voix. J'appelle donc au calme et à la sérénité alors que nous parlons de l'aide médicale à mourir.

Madame Downie, vous nous avez envoyé un court texte dans lequel vous disiez que l'arrêt Carter et le jugement Baudouin n'excluaient pas les troubles mentaux.

Pouvez-vous nous en parler davantage et nous expliquer pourquoi il en est ainsi? Tantôt, on nous a dit que l'arrêt Carter ne permettait pas d'invoquer le trouble mental comme seul problème médical pour obtenir l'aide médicale à mourir. Vous avez aussi dit que le jugement Baudouin, entre autres, rejetait l'exclusion générale fondée sur l'appartenance à un groupe, comme celui des personnes vulnérables. Je ne sais pas si vous vous le rappelez.

Pouvez-vous nous donner expliquer de quelle façon l'arrêt Carter serait inconstitutionnel si on décidait de permettre aux personnes atteintes d'un trouble mental d'avoir accès à l'aide médicale à mourir?

[*Traduction*]

Mme Jocelyn Downie: L'important, c'est de revenir à l'arrêt Carter et d'admettre qu'il dit qu'il est inconstitutionnel de dresser un obstacle devant les personnes affectées par des problèmes de santé graves et irrémédiables causant des souffrances persistantes et intolérables. Il ne dit pas que les troubles mentaux ne font pas partie des problèmes de santé graves et irrémédiables. Ils ne sont pas exclus. Ils auraient pu l'être. Les juges auraient pu les exclure s'ils l'avaient voulu.

Voilà l'analyse. Les troubles mentaux sont des problèmes de santé graves et irrémédiables. Par conséquent, il serait contraire à l'arrêt Carter de dresser un obstacle devant les personnes atteintes de troubles mentaux.

Autre chose: il vaut la peine d'examiner l'arrêt. Je savais que cette question serait soulevée aujourd'hui, car elle l'est toujours. La décision concernant la fonction exécutive est très claire. Comme on peut le constater dans l'arrêt Carter de 2015, les tribunaux étaient clairement saisis de la question de savoir si les troubles psychiatriques devraient être exclus de la déclaration d'invalidité. Néanmoins, ils ont refusé de les exclure expressément dans les critères qu'ils ont soigneusement rédigés. Il y avait là tout un ensemble, et ils ont refusé d'en exclure ces troubles.

L'autre chose que je voudrais ajouter, c'est que nous avons également eu l'arrêt G de la Cour suprême du Canada, dont il est important de nous souvenir en ce moment. Il nous éclaire en précisant que nous ne pouvons exclure des personnes en fonction de leur appartenance à un groupe. L'évaluation doit se faire au cas par cas. Personne ne nie qu'il y ait des situations complexes, mais nous devons les étudier au cas par cas.

[*Français*]

M. Luc Thériault: Je vous remercie.

M. Scarpaleggia a soulevé les différences cliniques entre un cancer et la prévisibilité d'un trouble mental. Plus tôt, vous avez parlé du rapport d'experts. Dans ce rapport, n'y a-t-il pas des balises supplémentaires qui encadrent davantage l'élargissement de l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes ayant un trouble mental? Je pense, par exemple, à l'obligation d'assurer une surveillance prospective, ce qu'on ne retrouve actuellement nulle part au Canada dans la mise en place de l'aide médicale à mourir. C'est rétrospectif. Je pense aussi à l'obligation d'obtenir l'avis d'un deuxième psychiatre, qui doit être indépendant de l'équipe de soins.

N'y a-t-il pas des balises à l'intérieur de cela? J'aimerais que vous me parliez de ces balises. En effet, on est prêt à aller jusqu'à la Cour suprême, s'il le faut, et celle-ci va devoir déterminer si cet élargissement est raisonnable ou non et dire quels critères de sauvegarde sont nécessaires pour assurer un usage sécuritaire de l'aide médicale à mourir, si on ne veut pas emprunter la prétendue pente glissante.

Quels arguments ou quelles mesures de sauvegarde supplémentaires ce rapport d'experts fournit-il, selon vous, pour permettre l'élargissement de l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes ayant un trouble mental?

● (1910)

[*Traduction*]

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

Mme Jocelyn Downie: En fait, je répondrais en parlant de structure: nous avons le Code criminel, puis les collèges des médecins et chirurgiens et les ordres des infirmières. Nous avons des normes de pratique. Vous ne devriez pas entrer dans des détails comme le choix du spécialiste à consulter comme troisième intervenant. Ce n'est pas ainsi que le Code criminel s'applique. Ces détails relèvent des normes de pratique et ils s'y trouvent. Les normes disent comment évoquer la question de l'aide médicale à mourir, quand il y a lieu de faire appel à un consultant et quand celui-ci doit être psychiatre. Nous avons en fait adopté comme position que les consultants ne devraient pas être obligés de l'être, parce qu'en fait, il pourrait être préférable qu'ils soient des spécialistes dans un domaine plus pertinent.

Il s'agit d'une réponse qui porte sur la structure, c'est-à-dire que les mesures de protection prévues dans le Code criminel sont celles qui conviennent. Au fur et à mesure que nous établissons les protections, elles sont intégrées aux normes de pratique et deviennent ensuite des protocoles cliniques.

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

Nous passons maintenant à M. MacGregor pour cinq minutes.

M. Alistair MacGregor (Cowichan—Malahat—Langford, NPD): Merci beaucoup, madame la présidente.

Merci à tous les témoins d'aider le Comité à s'y retrouver. Ce n'est pas un sujet facile, et je parle d'expérience, ayant siégé au Comité dès le départ, tant au cours de la dernière législature qu'au cours de celle-ci.

Madame Downie, je m'adresse d'abord à vous.

J'admets volontiers que, pour ma part, j'éprouve un certain malaise lorsque nous parlons des troubles mentaux et de l'accès à l'aide médicale à mourir. Je comprends aussi que le mandat du Comité est assez restreint. Il n'est pas chargé de revoir la loi. En fait, la Chambre des communes vient de tenir un vote à ce sujet. Nous devons donc respecter le processus. Le Comité est chargé de vérifier l'état de préparation, et j'ai écouté votre déclaration liminaire. Je vais vous dire ce qui me met mal à l'aise.

Je représente la circonscription de Cowichan—Malahat—Langford, dans l'île de Vancouver. Je me promène dans ses diverses collectivités, et il est assez évident qu'il y a une crise de santé mentale. On peut voir des gens qui ont manifestement besoin d'aide et qui ne reçoivent pas les services voulus. Cela déchire certains éléments de ma collectivité.

En tant que parlementaire — non seulement à titre de membre du Comité, mais aussi parce que j'essaie de bien faire les choses pour mes électeurs —, comment puis-je vérifier l'état de préparation? Comment m'assurer de cet état de préparation face à la réalité qui existe chez moi?

Mme Jocelyn Downie: Vous pourriez notamment vous assurer que le manque de soutien et de services ne motive pas les demandes d'aide médicale à mourir. Et ce n'est pas le cas. Au fil des ans, nous avons recueilli des données solides provenant des autres pays qui autorisent l'AMM, et nous avons maintenant de bonnes données du Canada qui montrent que ce n'est pas ce qui motive les demandes.

Vous devez ensuite dire que deux choses revêtent une importance incroyable. Nous devons protéger les droits que la Cour suprême du Canada a reconnus. Du reste, elle a établi des paramètres dans l'arrêt Carter. Parallèlement, nous devons promouvoir des mesures de soutien et des services pour les personnes atteintes de troubles mentaux ou touchées par d'autres facteurs à l'origine de la vulnérabilité socioéconomique.

Le Parlement a l'obligation d'agir simultanément sur les deux plans. Ne prenez pas en otage les droits des personnes parce que le Parlement ne préconise pas l'offre de services et de soutien en matière de santé mentale ou pour les personnes en situation de handicap. Faites les deux. Il vous incombe de faire les deux en même temps. Lorsque vous répondez à vos électeurs, vous devez être en mesure de leur dire que les lacunes dans les services ne sont pas un motif pour demander l'aide médicale à mourir.

Ceux qui obtiennent l'aide médicale à mourir sont en fait très privilégiés. Ils sont Blancs. Ils sont à l'aise. Ils sont très instruits. Ils ne sont pas dans des établissements. Ils ont des familles. Le bilan général, c'est que ce sont des privilégiés. Cela ne veut pas dire que nous ne voulons pas nous occuper des personnes vulnérables.

● (1915)

M. Alistair MacGregor: Merci.

Il ne me reste qu'une ou deux minutes. Madame Voisin, je m'adresse à vous.

Ma circonscription compte une importante population autochtone. Bon nombre des aînés portent encore le poids de ce qu'ils ont vécu dans les pensionnats. Et le niveau de soutien dans cette collectivité laisse beaucoup à désirer.

Santé Canada a consulté les peuples autochtones au sujet de l'aide médicale à mourir. La question des troubles mentaux a-t-elle été abordée à cette occasion? Y a-t-il de l'information que vous pouvez communiquer au Comité à ce sujet?

Mme Jocelyne Voisin: Pour ce qui est de la consultation des Autochtones au sujet de l'aide médicale à mourir, nous avons communiqué avec ces communautés selon une approche qui tient compte de leurs caractères distinctifs. Nous avons un sondage en ligne et nous avons également fourni des fonds à certains organismes pour qu'ils consultent directement leurs communautés.

Ce que nous avons entendu jusqu'à maintenant, c'est qu'il est vraiment important de tenir compte du contexte culturel lorsqu'on parle de l'aide médicale à mourir, qu'ils...

M. Alistair MacGregor: Désolé de vous interrompre, mais a-t-il été question expressément des troubles mentaux et de l'accès à l'aide médicale à mourir? C'est là-dessus que je veux mettre l'accent.

Mme Jocelyne Voisin: Je ne pense pas que nous ayons... Quelques personnes ont soulevé la question de la maladie mentale dans le contexte de l'aide médicale à mourir, mais cela n'a pas... La consultation a été d'ordre plus général. Nous n'avons pas mis l'accent sur cette question en particulier. Nous n'avons pas beaucoup de données à communiquer sur ce que les Autochtones pensent de cette question précise.

M. Alistair MacGregor: Très rapidement, puisque je vais manquer de temps, prévoyez-vous des exigences spéciales que vous allez devoir mettre en place pour le suivi des données? Les troubles mentaux devront-ils faire l'objet d'une analyse spéciale des données, en dehors de ce que nous avons déjà?

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Soyez très brève.

Mme Jocelyne Voisin: Nous recueillons maintenant davantage de données, y compris sur les populations autochtones, au sujet de l'aide médicale à mourir. Notre prochain rapport annuel devrait contenir plus de données, ce qui nous apportera un meilleur aperçu détaillé de la façon dont l'aide médicale à mourir est dispensée dans l'ensemble du Canada.

[*Français*]

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

Les prochaines questions seront posées par les sénateurs.

Nous allons commencer par la sénatrice Mégie.

Madame Mégie, vous disposez de trois minutes.

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

Ma question s'adresse à Mmes Downie et Voisin.

En général, on ressent chez les gens, même ceux présents autour de la table, un sentiment d'insécurité. C'est comme si on pensait que, une fois l'aide médicale à mourir devenue accessible aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale, elles se retrouveraient devant un bar gratuit et y seraient toutes admissibles.

Pourtant, parmi les témoins que nous avons entendus, une psychiatre nous a dit que, dans ses 35 ans de carrière, elle avait trouvé seulement trois personnes, parmi celles qu'elle suivait, qui y seraient admissibles, compte tenu des critères sérieux pour évaluer la chronicité, la médication à long terme, et le reste.

Ainsi, une personne en crise ne pourra pas recevoir l'aide médicale à mourir. Cette affirmation a été confirmée par deux autres témoins.

Vous avez dit qu'il manquait de cliniciens pour mener les évaluations. Cela va-t-il être un problème? Si un clinicien doit attendre 35 ans pour trouver trois patients admissibles, cela veut-il dire que nous aurons besoin de 100 psychiatres?

Je vous laisse la parole.

[*Traduction*]

Mme Jocelyne Voisin: Je vais peut-être commencer, puis je céderai la parole à Mme Downie. Nous sommes d'accord sur ces affirmations. Ce n'est pas parce que ceux qui ont une maladie mentale sont admissibles... À l'heure actuelle, les évaluateurs sont saisis de nombreux cas de la voie 2 qui concernent des personnes atteintes d'une maladie mentale et qui ont en même temps d'autres problèmes de santé. Ce n'est pas nouveau. Ce sont des cas complexes. Comme le disait Mme Downie, il faut consulter des experts, selon les cas et selon les maladies en cause.

Le fait d'avoir une maladie mentale ne donne pas soudainement le droit d'obtenir l'aide médicale à mourir. Les critères d'admissibilité sont très exigeants.

● (1920)

[*Français*]

L'hon. Marie-Françoise Mégie: Madame Downie, nous vous écoutons.

[*Traduction*]

Mme Jocelyn Downie: J'abonde dans le même sens. Nous recevrons des demandes, et très peu de gens seront admissibles. Nous aurons suffisamment de cliniciens en mesure d'offrir le service, soit à titre d'évaluateurs et de prestataires, soit à titre de consultants.

Je tiens également à souligner que si personne n'est disponible... La question a été soulevée il y a peut-être deux semaines. Si un clinicien n'est pas disponible pour agir à titre d'expert consultant, le demandeur ne peut pas obtenir l'aide médicale à mourir. L'absence d'experts n'a pas pour conséquence qu'on peut obtenir l'aide médicale à mourir sans protection, car il serait illégal de procéder à l'aide médicale à mourir sans cette consultation. Cette protection fait partie intégrante du dispositif.

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

[*Français*]

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

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

Les prochaines questions seront posées par la sénatrice Wallin.

[*Traduction*]

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

Je tiens à préciser que le Sénat a réclamé des garanties à cet égard, et le gouvernement a donné des précisions lorsque la question lui a été renvoyée.

Je voudrais entendre les trois témoins, car nous avons différents... Quand on se retranche derrière la Constitution, cela m'inquiète. Je présume que nous voulons que nos lois respectent la Constitution et que les services soient accessibles. Comme nous n'avons pas entendu le ministère de la Justice, nous pourrions peut-être commencer par entendre sa représentante et passer ensuite aux autres témoins.

Mme Myriam Wills (avocate, Section de la politique en matière de droit pénal, ministère de la Justice): Commençons par une évidence. Il y a des points de vue très divergents à ce sujet. Aucun tribunal ne s'est prononcé sur la question de savoir si la Charte exige ou non qu'on accorde l'aide médicale à mourir en cas de maladie mentale. Examinons les énoncés concernant la Charte qui figurent dans les anciens projets de loi C-7 et C-39: le respect de la Charte est évoqué à la fois pour interdire et pour autoriser l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de maladie mentale.

L'hon. Pamela Wallin: Nous voulons que les lois soient constitutionnelles. Le Sénat consacre beaucoup de temps à l'étude de la constitutionnalité lorsqu'il reçoit des projets de loi de l'autre chambre.

Madame Voisin, à vous.

Mme Jocelyne Voisin: Santé Canada estime qu'il faut respecter la compétence des provinces et des territoires en matière de gestion du système de soins de santé. Comment gérons-nous ce dossier? Nous nous en remettons aux organismes de réglementation provinciaux qui ont la responsabilité de surveiller les professionnels de la santé. Nous entretenons une étroite collaboration avec les provinces et les territoires pour les aider à élaborer des normes de pratique et à les définir dans des règlements.

Mme Jocelyn Downie: Le respect des droits garantis par la Charte est la plus haute obligation des députés et des sénateurs. Par conséquent, vous ne devriez jamais adopter une mesure législative dont vous doutez qu'elle soit conforme à la Charte et à la Constitution. Il faut tenir compte à la fois de la répartition des compétences et de la Charte.

L'hon. Pamela Wallin: Vous avez soulevé un autre point, madame Downie, soit que le manque de préparation politique ou de volonté des gouvernements d'adopter cette mesure n'est pas une raison de refuser les droits prévus à l'article 7 ou à l'article 15. Avez-vous l'impression que cela pourrait poser problème?

Mme Jocelyn Downie: Absolument. Voyez les argumentaires: c'est tout ce qui reste. Il n'y a pas de preuves solides et aucun argument valable qui justifient un autre délai. La seule explication est donc de nature politique.

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

[*Français*]

Je donne la parole pour trois minutes au sénateur Ravalia, qui remplace le sénateur Kutcher.

[*Traduction*]

L'hon. Stanley Kutcher (sénateur, Nouvelle-Écosse, GSI): Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins.

Ma question s'adresse à Mme Voisin.

D'après vos échanges avec les partenaires territoriaux et provinciaux, estimez-vous que, du point de vue de l'état de préparation, les programmes de formation médicale établis comme élément fondamental pour les cliniciens qui pratiquent l'AMM ont apporté suffisamment de connaissances, au sujet de la santé mentale, pour mettre en place un cadre propre à assurer la sécurité et à repousser ce que nous considérons comme des demandes bidon?

Mme Jocelyne Voisin: Oui. Comme je l'ai dit dans mon exposé, le programme comprend sept modules, dont l'un porte sur la maladie mentale. Il associe à la fois un volet d'apprentissage en ligne, qui traite des nombreuses difficultés inhérentes à la prise de décisions ou à l'évaluation lorsque la maladie mentale est en cause, et des études de cas, concernant notamment les troubles mentaux qu'on prévoit trouver le plus souvent dans ces évaluations. Il y a même des discussions de groupe. Il y a un module très complet sur la maladie mentale.

Comme Mme Downie l'a dit, nous avons également organisé des ateliers permettant l'échange de connaissances avec des experts, et nous recevons de plus en plus d'inscriptions au programme. Je crois donc que l'état de préparation s'améliore. Avec mes collègues des provinces et des territoires, nous discutons des prochaines étapes: des lignes directrices cliniques plus détaillées, des mécanismes de surveillance, une vraie mise en commun des pratiques exemplaires et la cohérence à l'échelle de tout le pays.

● (1925)

L'hon. Stanley Kutcher: Dans le même ordre d'idées, madame Downie, croyez-vous que nous avons prévu suffisamment de mesures de sécurité dans l'évaluation des personnes atteintes de maladie mentale qui voudraient recourir à l'aide médicale à mourir?

Mme Jocelyn Downie: Oui, je le crois. C'est prévu dans le Code criminel, puis dans la norme de pratique modèle, qui est reprise dans les normes de pratique à l'échelle du Canada. Et il y a ensuite le programme d'études.

J'ajouterais que ceux qui s'occuperont des premiers cas de demande d'aide médicale à mourir présentée pour des troubles mentaux comme seul problème médical invoqué ne seront pas des néophytes, mais des praticiens aguerris. Nous avons des psychiatres partout au Canada qui ont participé aux évaluations et à la prestation de l'aide médicale à mourir et qui agissent également à titre de consultants. Ce sont eux qui vont intervenir. Ils ont beaucoup d'expérience et de connaissances. Ils ont des décennies d'expérience en psychiatrie et des années de travail dans le domaine de l'aide médicale à mourir. Nous avons donc des experts et nous avons de la formation pour ceux qui voudront faire ce travail et qui seront ensuite encadrés par des experts. Oui, je pense que nous sommes bien préparés.

L'hon. Stanley Kutcher: Merci.

L'hon. Mohamed-Iqbal Ravalia: Une dernière réflexion. Je parle en tant que clinicien ayant plus de 35 ans d'expérience dans une collectivité rurale et éloignée aux prises avec des problèmes de santé mentale très complexes. Dans ma pratique, comme je l'ai peut-être dit, il y a deux personnes qui auraient pu répondre aux critères. Il s'agit de patients qui ont reçu des soins psychiatriques, une thérapie électroconvulsive, une stimulation magnétique crânienne, une stimulation cérébrale profonde et diverses autres thérapies. Rien n'a donné de résultats et ils mènent une vie de solitude où tout est sombre. N'oublions pas ces personnes.

Le coprésident (M. René Arseneault): Merci, monsieur Ravalia.

[*Français*]

Monsieur Dalphond, vous avez la parole pour trois minutes.

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

J'ai une petite précision à apporter. Le Sénat avait recommandé d'inclure une disposition de temporisation afin que l'exclusion de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir pour les personnes dont la maladie mentale est la seule condition invoquée soit révisée après 18 mois. La Chambre des communes a prolongé à 24 mois cette période et a proposé d'autres dispositions. Alors [*inaudible*] en vigueur. Le but d'établir une période de 18 mois était de permettre la mise en place d'un système qui protégerait les gens. Le rapport est très clair.

Ma question porte sur l'accomplissement du mandat de notre comité dans le respect de la Constitution. Nous avons amendé le Code criminel et nous avons mis en place des dispositions très claires. Je crois comprendre, d'après les commentaires de la professeure Downie, que ces dispositions sont très satisfaisantes. Notre mandat n'est pas de les réviser, mais de nous assurer qu'elles sont bien comprises et qu'elles vont être mises en place.

Si j'ai bien compris votre présentation, madame Downie, nous faisons plus que ce qui est nécessaire, parce que la mise en place relève des provinces, et non du fédéral. Nous voulons nous assurer que les provinces font ce qu'il faut, mais notre obligation constitutionnelle ne va pas aussi loin que cela, n'est-ce pas?

[*Traduction*]

Ma question s'adresse à vous et peut-être aussi à Mme Wills.

Mme Jocelyn Downie: Je vais intervenir en premier.

Non, absolument pas. Le gouvernement fédéral a fait plus en ce qui concerne cet aspect de l'aide médicale à mourir qu'il ne l'a fait pour tout autre élément de compétence provinciale ou territoriale. Le programme d'études ou l'éducation médicale, les ateliers d'échange de connaissances, la formation médicale et la norme de pratique modèle se situent tous à l'échelon provincial ou territorial. Le gouvernement fédéral a facilité tout cela, ce qui est extraordinaire.

Le fait que nous ne l'ayons pas fait pour d'autres choses est peut-être un point que nous devrions prendre en considération, comme exemple de ce qui peut se faire. Voyez à quel point il est bon de travailler ensemble. Nous pouvons construire quelque chose de ce genre et avoir un système harmonisé à l'échelle de notre pays.

Mme Myriam Wills: Je dirais que toutes les mesures législatives du gouvernement, comme le projet de loi C-7, qui a élargi l'aide médicale à mourir dans les cas où la mort n'est pas raisonnablement prévisible, sont assorties d'un énoncé concernant la Charte. Le ministère et le ministre de la Justice doivent s'assurer de la constitutionnalité de ce qui est proposé.

L'hon. Pierre Dalphond: Oui, mais ce n'est pas vraiment ce qui sous-tend ma question. Je demandais plutôt ceci: avons-nous fait ce qu'il fallait en modifiant le Code criminel comme nous l'avons fait? Je pense que oui. Si c'est le cas, alors ce que nous faisons maintenant est plus que ce qui est exigé par la Constitution. Nous sondons le terrain. Nous veillons à ce que tout se passe comme il se doit.

Nous ne sommes pas tenus par la Constitution de le faire, mais je crois que nous allons au-delà du nécessaire pour rassurer les Canadiens.

● (1930)

Mme Myriam Wills: Si je comprends bien la question, vous voulez savoir si les mesures prévues dans le Code criminel sont suffisantes pour protéger...

L'hon. Pierre Dalphond: Oui.

Mme Myriam Wills: Il appartient au Parlement de décider. Je ne peux pas parler des conseils qui ont été fournis au gouvernement sur...

[*Français*]

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

[*Traduction*]

Madame Martin, vous avez la parole. Trois minutes.

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

Je voulais simplement dire que je partage les préoccupations de M. MacGregor au sujet du manque de consultation des communautés autochtones. Vous avez dit avoir mené de vastes consultations, mais sans rien de précis au sujet de l'aide médicale à mourir et des troubles mentaux. Des membres de la communauté autochtone nous ont dit qu'il n'y avait pas eu de consultations. Cela m'inquiète beaucoup.

Monsieur Lemmens, je sais que vous avez récemment fait partie d'un groupe d'experts auprès du gouvernement de Jersey, groupe qui a formulé des recommandations sur les options de légalisation de l'aide médicale à mourir. J'ai deux questions. Les conclusions de ce comité et les options législatives ont-elles été éclairées par la loi et la pratique canadiennes en matière d'aide médicale à mourir? A-t-on discuté de l'aide médicale à mourir dans le contexte de la maladie mentale?

M. Trudo Lemmens: Je vous remercie de la question.

Je dois dire que nous n'avons pas eu comme mandat de discuter de la justification de la légalisation. Jersey a proposé deux options de légalisation. L'une était axée sur un diagnostic de maladie terminale, un peu comme la voie 1, mais plus étroite que dans le contexte canadien. La deuxième était une voie très large, qui se compare à la deuxième voie canadienne. Je n'ai pas été complètement étonné, mais j'ai été heureux, de voir que mes deux collègues, qui sont en fait en faveur de la légalisation de l'aide médicale à mourir sous une forme ou une autre, étaient d'accord pour dire, à la lumière des faits présentés, que le modèle canadien n'était pas l'approche qu'ils devraient adopter.

En fait, nous avons recommandé de ne pas accorder un accès illimité à l'aide médicale à mourir pour des souffrances insupportables. L'aide médicale à mourir pour des motifs d'ordre psychiatrique est explicitement exclue, comme c'est le cas dans la plupart des pays du monde, ou dans de nombreux pays qui ont légalisé une certaine forme d'aide médicale à mourir. Tout simplement, c'est aussi parce que la plupart des administrations limitent l'accès à l'aide médicale à mourir, à l'euthanasie ou à l'aide au suicide en fin de vie aux personnes qui ont reçu un diagnostic de maladie terminale. La maladie mentale ne répond pas aux critères d'un pronostic de survie clairement identifiable ou d'un pronostic de maladie terminale.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Vous avez parlé des régimes d'euthanasie de la Belgique et des Pays-Bas. Avez-vous plus de préoccupations au sujet de l'aide médicale à mourir pour motif de maladie mentale au Canada que dans ces autres régimes?

M. Trudo Lemmens: Il faut se rendre compte que la différence fondamentale entre le régime canadien et celui de la Belgique et des Pays-Bas, c'est que nous n'avons même pas l'obligation que les médecins reconnaissent que toutes les options de traitement raisonnables ont été épuisées. Certains prétendent qu'il n'y aura que quelques cas. Cette AMM est déjà pratiquée plus largement que dans quelques cas en Belgique et aux Pays-Bas. Elle sera pratiquée de façon beaucoup plus générale dans le contexte canadien en raison du choix individuel...

Le coprésident (M. René Arseneault): Merci, monsieur Lemmens. Je suis désolé, mais le temps presse.

[*Français*]

Nous n'aurons pas le temps de faire un deuxième tour de questions au cours de cette première heure. Nous allons donc suspendre momentanément la réunion, le temps de remercier nos témoins et d'accueillir les prochains témoins de la deuxième heure.

Je remercie tous les témoins: Mmes Wills, Voisin et Downie et M. Lemmens.

● (1930)

(Pause)

● (1935)

Le coprésident (M. René Arseneault): Nous entamons la deuxième heure de cette rencontre. Je vous prie de prendre vos places.

Je souhaite la bienvenue à tous les témoins, qui se joignent à nous par vidéoconférence. Au cours de cette deuxième heure, nous allons entendre, à titre personnel, la Dre Stefanie Green, prestataire de l'aide médicale à mourir et conseillère du ministère provincial de la Santé de la Colombie-Britannique. Nous allons entendre aussi Mme Julie Campbell, infirmière praticienne de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'aide médicale à mourir. La Nova Scotia Health sera représentée par le Dr Gordon Gubitz, de la division de neurologie du département de médecine.

Chers invités, nous allons être vraiment pressés par le temps. Vous aurez donc cinq minutes chacun pour faire votre présentation.

Docteure Green, nous commençons par vous.

● (1940)

[*Traduction*]

Vous avez la parole. Cinq minutes. Nous avons très peu de temps.

La parole est à vous.

Dre Stefanie Green (présidente, prestataire d'AMM, conseillère du ministère provincial de la Santé, à titre personnel): Je vous remercie de donner l'occasion de témoigner.

Je m'appelle Stefanie Green et je suis médecin et j'ai 30 ans d'expérience clinique.

En juin 2016, j'ai commencé à travailler presque exclusivement dans le domaine de l'aide médicale à mourir. Vous pouvez prendre connaissance de mes titres de compétences dans mon mémoire. Je n'ai aucun intérêt personnel ou professionnel à l'égard de l'issue de vos délibérations et je reste déterminée à fournir la meilleure qualité de soins médicaux possible dans le respect de toutes les lois.

Si le but du Comité est de « vérifier le degré de préparation atteint pour une application sécuritaire et adéquate de l'AMM » dans les situations de TM-SPMI, c'est-à-dire lorsque les troubles mentaux sont le seul problème médical invoqué, votre travail ne devrait pas être compliqué. Très clairement, il existe un degré élevé de préparation, et j'attire votre attention sur les nombreuses activités de préparation clairement décrites dans le mémoire de l'ACEPA, l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM, et également mentionnées par les Drs Mona Gupta et Douglas Grant et, ce soir, par Mme Downie.

Il y a une préparation au niveau fédéral. Les organismes de réglementation en matière de soins médicaux et infirmiers et les ordres professionnels se disent prêts. Des équipes cliniques de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse ont toutes confirmé leur état de préparation. Je pourrai en parler davantage pendant nos échanges, si vous le souhaitez.

Quelle que soit la recommandation finale du Comité, je tiens à ce qu'elle soit fondée sur des faits et non sur des malentendus fondamentaux. Dans cet esprit, je soumets les informations suivantes pour plus de clarté.

Premièrement, le consensus n'est pas et n'a jamais été requis dans le développement de la pratique médicale. Il n'existe pas de consensus sur de nombreuses pratiques médicales, par exemple, l'hormonothérapie substitutive pour les femmes ménopausées, la transplantation d'organes, les sites d'injection sécurisés, l'utilisation de la kétamine pour la dépression résistante au traitement. L'absence de consensus n'est pas considérée comme une raison ou une justification pour interdire ces pratiques. Il n'existe pas de consensus parmi les cliniciens au sujet de l'AMM elle-même, mais cela n'a pas empêché et n'empêche pas l'AMM d'être autorisée par la loi.

La pratique médicale ne commence pas par la formation de tous les cliniciens avant que la pratique ne soit autorisée. Au contraire, on commence par en former certains qui, à leur tour, en forment d'autres au fil du temps. Seuls les cliniciens possédant les compétences professionnelles nécessaires pour effectuer l'intervention sont autorisés à la faire, selon les normes déjà publiées et appliquées par les collèges des médecins et des chirurgiens ou des infirmières de chaque province et territoire.

Toute affirmation voulant que le consensus soit nécessaire avant d'aller de l'avant avec l'AMM TM-SPMI n'est qu'une opposition à l'AMM qui se fait passer pour une volonté d'appliquer un critère.

Deuxièmement, la législation est claire concernant l'admissibilité à l'AMM. Nous devons arrêter de concentrer notre attention sur le diagnostic d'une personne, qu'il s'agisse d'un trouble mental ou autre, et plutôt chercher à avoir des critères d'admissibilité clairement définis: la maladie doit être incurable, irréversible, impossible à soulager.

La compréhension clinique et l'application de la législation sur l'AMM continuent d'évoluer et de mûrir. La norme de pratique modèle récemment publiée pour l'AMM a contribué de manière significative à cette compréhension.

En tant que praticienne expérimentée de l'AMM qui enseigne à d'autres comment aborder cette pratique, je voudrais dire aussi clairement que possible, pour que vous le reconnaissiez, que, dans les situations de TM-SPMI, une personne en crise n'est pas admissible à l'AMM. Une personne nouvellement diagnostiquée n'est pas admissible à l'AMM. Une personne qui n'a pas reçu de traitement ou a refusé tous les traitements sans justification n'est pas admissible à l'AMM. Une personne qui demande l'AMM en raison de vulnérabilités socioéconomiques n'est pas admissible.

Troisièmement, nous avons déjà suffisamment de psychiatres engagés pour aller de l'avant. La législation exige que deux cliniciens indépendants trouvent un patient admissible avant de pouvoir dispenser l'AMM. Pour les patients dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, un clinicien expert de la pathologie à l'origine des souffrances de la personne doit également être consulté.

Les psychiatres peuvent donc jouer deux rôles différents. Premièrement, ils peuvent être des évaluateurs ou des prestataires d'AMM, même si peu d'entre eux devront jouer ce rôle. Deuxièmement, ils peuvent être consultés comme cliniciens experts de la maladie à l'origine des souffrances de la personne. Les psychiatres sont déjà consultés en tant que cliniciens compétents pour de nombreuses demandes d'AMM. En effet, ils possèdent déjà les compétences et la formation pour être considérés comme des experts dans leur domaine. Le Canada compte donc près de 5 000 psychiatres déjà adéquatement formés pour continuer à remplir ce rôle d'experts dans les situations de TM-SPMI.

Plus de 100 psychiatres ont déjà manifesté leur intérêt à s'occuper des cas de TM-SPMI. Cela représente environ 2 % de tous les psychiatres au Canada. L'an dernier, environ 2 % de tous les médecins au Canada ont dispensé l'AMM à 13 000 patients. Je dirai donc que 2 % des psychiatres suffisent pour donner des conseils sur ce qui devrait rationnellement représenter beaucoup moins de cas de TM-SPMI.

La préparation aux cas de TM-SPMI est claire. Ne laissez pas la désinformation distraire ou obscurcir vos délibérations sur ce point.

Merci.

● (1945)

Le coprésident (M. René Arseneault): Merci, docteure Green.

Nous allons maintenant entendre Mme Julie Campbell.

Vous avez la parole pour cinq minutes.

Mme Julie Campbell (infirmière praticienne, Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM): Je vous remercie de l'invitation à comparaître ici aujourd'hui.

Je m'appelle Julie Campbell. Je suis infirmière praticienne et vice-présidente de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM, ou ACEPA. L'ACEPA représente les professionnels qui travaillent à la prestation de l'AMM au Canada. Elle ne prend pas position sur l'aide médicale à mourir dans les cas où un trouble mental est le seul problème médical invoqué, soit l'AMM TM-SPMI. Nous sommes déterminés à aider nos membres à fournir les meilleurs soins médicaux possible dans le cadre de la loi.

Dans le cadre de cet engagement, l'ACEPA a, au cours des deux dernières années et demie, élaboré le Programme canadien de formation sur l'AMM, ou PCFA, le premier programme de formation complet, agrée à l'échelle nationale, bilingue et fondé sur des données probantes pour soutenir la pratique de l'AMM au Canada. Il vise à former les nouveaux praticiens de l'AMM, à améliorer les compétences des praticiens actuels de l'AMM et à aider à normaliser l'approche des soins en appuyant ceux qui offrent des soins d'AMM d'un océan à l'autre. Le 21 août 2023, le PCFA a été lancé, et la réaction enthousiaste des cliniciens a dépassé les attentes. Les commentaires des cliniciens qui ont terminé les modules ont indiqué des réponses très positives lorsqu'on leur a demandé s'ils estimaient que leurs connaissances et leur confiance avaient augmenté.

En plus de leur expertise en matière d'évaluation et de prestation de l'AMM, les membres de l'ACEPA possèdent également diverses compétences cliniques dans de nombreux domaines, y compris la psychiatrie. Nos membres comptent sur des collègues qui agissent à titre d'experts-conseils dans leur domaine d'expertise. Lorsqu'une évaluation est effectuée pour un patient dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible et pour lequel ni l'un ni l'autre des évaluateurs n'a à la fois l'expertise en matière d'AMM et l'expertise dans l'état qui cause les souffrances du patient, nous nous fions à ces experts pour qu'ils nous fournissent leur expertise sur la condition afin d'ajouter à l'expertise des évaluateurs en matière d'évaluation de l'AMM.

Il est important de comprendre la différence entre le rôle de l'évaluateur et celui de l'expert-conseil. Nos collègues psychiatres ont, grâce à leur vaste formation et à leur expertise en tant que psychiatres, des connaissances avancées sur les décisions relatives à la capacité et les troubles mentaux. Nous avons utilisé leurs compétences d'experts-conseils pour tout patient qui en a besoin. Cela ne s'applique pas uniquement aux patients ayant un TM-SPMI, et cela peut s'appliquer à la fois aux patients dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible et à ceux pour qui elle ne l'est pas. Dans le cas des patients ayant un TM-SPMI, nous utiliserons de nouveau leurs compétences spécialisées.

Au Canada, il y a environ 5 000 psychiatres qui, en raison de leur éducation et de leurs compétences, peuvent jouer le rôle d'un expert-conseil. Il y a des psychiatres qui ont demandé et obtenu une expertise en évaluation de l'aide médicale à mourir. À ce jour, plus de 100 psychiatres ont commencé à suivre une formation en collaboration avec le PCFA, ce qui témoigne de l'intérêt marqué de ce sous-groupe de psychiatres, qui seront alors à la fois une source d'expertise en vertu de leurs antécédents respectifs et en tant qu'évaluateurs.

Depuis 2016, nous évaluons en toute sécurité les patients qui demandent l'aide médicale à mourir et qui ont également des troubles mentaux comorbides. Une partie de notre approche approfondie, réfléchie et sécuritaire de l'évaluation de l'admissibilité a toujours été d'examiner le patient dans son ensemble. Pour aider nos membres à relever certains défis, nous avons élaboré des documents d'orientation clinique tels que l'« Évaluation de la capacité de donner un consentement éclairé à l'aide médicale à mourir (AMM) » et l'« Aide médicale à mourir (AMM) pour les personnes atteintes de maladies chroniques complexes ». Ces documents ont aidé nos membres à évaluer et à prendre en charge en toute sécurité les patients présentant des conditions médicales plus complexes et ont développé une expérience qui sera pertinente pour évaluer les patients ayant des demandes d'accès à l'AMM dans les cas de TM-SPMI.

Comme c'est la norme dans la pratique médicale, nous évoluons chaque jour, nous partageons les meilleures pratiques, nous acquérons de l'expérience et nous disposons désormais de près de sept années d'expérience, de partage et d'expertise sur lesquelles nous nous appuyons. Nous avons organisé et animé des ateliers d'échange de connaissances avec des représentants de partout au Canada. Un échange de connaissances a été axé sur l'état de préparation des cliniciens et l'autre sur l'état de préparation du système, pour s'assurer non seulement que les cliniciens sont prêts, mais que les autres membres importants de nos équipes le sont aussi, soit les infirmières, les travailleurs sociaux et les administrateurs, entre autres. Nous avons organisé un symposium en trois parties à l'automne, qui porte précisément sur l'évaluation des personnes atteintes de troubles mentaux. Nous tenons des webinaires mensuels sur le partage de cas. Nous nous sommes préparés avec diligence à une disposition de temporisation et nous sommes prêts.

Les membres de l'ACEPA sont prêts pour le changement législatif prévu en mars 2024 et continueront d'offrir des soins compatissants et de grande qualité à tous les patients qui envisagent l'AMM.

Merci.

● (1950)

[*Français*]

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

Docteur Gubitz, vous avez la parole pour cinq minutes.

[*Traduction*]

Dr Gordon Gubitz (professeur, Division de neurologie, Département de médecine, Dalhousie University and Nova Scotia Health Authority): Merci et bonsoir de la Nouvelle-Écosse.

Je m'appelle Gord Gubitz et je suis très heureux de pouvoir m'adresser à vous aujourd'hui. Je suis professeur de médecine et de neurologie à l'Université Dalhousie. Après l'adoption de la loi, je suis devenu évaluateur et fournisseur d'aide médicale à mourir pour les patients de la voie 1 et de la voie 2.

Je suis également membre du conseil d'administration de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM, et je siège à son comité de la formation. J'ai présidé le groupe national de l'ACEPA qui a élaboré le programme de formation sur l'aide médicale à mourir dont vous avez entendu parler, et dont il a été question plus tôt. J'espère que nous aurons l'occasion d'en discuter pendant la période des questions.

Je suis également responsable clinique de l'aide médicale à mourir en Nouvelle-Écosse. Pour ce faire, nous travaillons chaque semaine avec notre administration, en collaboration avec le ministère de la Santé, pour superviser l'aide médicale à mourir dans notre province.

Je suis heureux de vous parler ce soir au nom de la Nouvelle-Écosse à titre d'exemple d'administrations de tout le pays pour vous aider à comprendre pourquoi la Nouvelle-Écosse est prête à aller de l'avant avec les soins pour les personnes qui demandent l'AMM TM-SPMI à compter de mars 2024.

Chaque province et chaque territoire traitera cette question différemment. En Nouvelle-Écosse, nous avons une équipe centrale qui est gérée et supervisée par un personnel administratif très solide et des infirmières pivots compétentes qui trient et évaluent les patients et fournissent des évaluations et des références détaillées. Nous avons aussi des infirmières praticiennes à temps plein qui se déplacent d'une région à l'autre pour aider à fournir l'aide médicale à mourir. Dans la foulée du projet de loi C-7 et en prévision des complexités de la voie 2, nous avons recruté d'autres membres au sein de notre équipe, y compris des travailleurs sociaux, et ainsi de suite.

Notre équipe s'occupe de la formation régulière des apprenants partout dans la province. Fait important, notre équipe se réunit régulièrement chaque semaine le vendredi matin pour examiner les « cas difficiles », comme nous les appelons. Bon nombre de ces personnes ont des problèmes médicaux complexes et sont souvent des patients de la voie 2, et plusieurs ont des problèmes de santé mentale sous-jacents.

En ce qui a trait aux cas de TM-SPMI, nous avons reconnu que nous devrions commencer à faire ce travail il y a un certain temps, et nous travaillons depuis plus de 18 mois pour veiller à ce que la Nouvelle-Écosse soit prête. Nous avons créé un groupe de travail provincial chargé d'élaborer des politiques et des processus qui serviraient la population des TM-SPMI. Tout le travail qui a été fait à l'échelle nationale pour nous guider a été très utile.

Notre plan devait être prêt pour la mise en œuvre d'ici mars 2023. Pour ce faire, nous avons embauché du personnel supplémentaire ayant une expertise en santé mentale. Ainsi, parmi nos infirmières pivots, nos infirmières praticiennes et nos travailleurs sociaux, chacun de ces groupes compte un membre ayant une formation clinique en santé mentale. Nous sommes en train d'explorer la possibilité d'offrir des services de consultation en psychologie et nous recrutons un responsable clinique des TM-SPMI en psychiatrie. Cette personne occupera un poste semblable au mien, mais axé sur la santé mentale. Nous travaillerons tous les deux en collaboration avec notre équipe de l'AMM, car nos ensembles de compétences sont semblables et complémentaires.

Notre groupe de travail était présidé par deux psychiatres, dont l'un effectue également des évaluations complexes de l'aide médicale à mourir lorsque la capacité pose problème. Le groupe de travail comprenait des membres de notre équipe de base de l'AMM, des psychiatres en milieu hospitalier et communautaire, un spécialiste en médecine des toxicomanies, un bioéthicien, un résident en psychiatrie et des représentants de notre gouvernement provincial. À mesure que le processus progressait, nous avons inclus un de nos travailleurs sociaux et une infirmière pivot ayant de l'expérience en santé mentale.

Le groupe de travail a été chargé d'effectuer un examen détaillé de la portée des divers sujets pertinents à l'AMM et aux TM-SPMI. Il a élaboré des documents d'information et d'orientation détaillés et pratiques qui aideront les cliniciens de la Nouvelle-Écosse dans leur travail quotidien. Nous avons également formulé des recommandations globales pour le gouvernement.

Jusqu'à maintenant, nous avons un cadre éthique fondé sur un examen systématique du domaine émergent de la psychiatrie palliative. Nous avons des documents détaillés et du matériel de formation pour les évaluations requises, y compris un processus complet qui met l'accent sur la détermination de la capacité, du caractère volontaire, de l'irrémédiabilité et de la vulnérabilité structurelle, et la compréhension de la suicidabilité par rapport à un désir de mourir raisonné. Nous avons aussi des parcours cliniques, y compris un processus d'admission modifié qui sera complété par l'infirmière pivot, spécialement conçu pour les cas de TM-SPMI.

Nous avons donné suite à une recommandation précise. L'un des deux évaluateurs de l'AMM en Nouvelle-Écosse doit être un psychiatre ou un spécialiste en toxicomanie, selon le cas.

Nous procédons à un examen prospectif semblable à nos discussions hebdomadaires sur les cas complexes. Par conséquent, nos discussions de suivi de la voie 2 tous les vendredis matin commenceront de plus en plus à mettre en cause des personnes dont la santé mentale est la seule condition sous-jacente. Nous ferons également l'objet de vérifications rétrospectives pour chaque personne qui suit un processus normalisé d'AMM. Nous avons mis au point des mesures de soutien post-intervention pour les cliniciens, les familles et les amis.

En collaboration avec l'ACEPA, nous élaborons des programmes de formation, y compris les modules qui ont été décrits précédemment, et nous examinons des modèles de rémunération. Nous avons communiqué tous nos documents aux autres administrations du pays, comme Mme Campbell l'a souligné dans son exposé. Nous avons entamé des discussions très intéressantes avec les provinces et les territoires.

Au cours des prochains mois...

● (1955)

Le coprésident (M. René Arseneault): Merci, docteur Gubitz. Vous pourrez en parler plus en détail plus tard lorsque des questions vous seront posées.

[*Français*]

Il y aura maintenant une période de questions venant des formations politiques, qui disposeront de cinq minutes chacune.

Monsieur Cooper, vous avez la parole.

[*Traduction*]

M. Michael Cooper (St. Albert—Edmonton, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Docteure Green, je tiens à préciser que vous comparaissez à titre personnel et non au nom du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Est-ce exact?

Dre Stefanie Green: Oui, je suis ici ce soir à titre personnel et non au nom d'une organisation.

M. Michael Cooper: Merci beaucoup.

Vous avez dit qu'en ce qui concerne le programme de l'ACEPA, il a été mis en œuvre pour la première fois le 31 août. Je crois comprendre qu'il y a huit modules différents. Combien de professionnels ont été inscrits au module 7 sur l'AMM et les troubles mentaux?

Dre Stefanie Green: Je suis désolée, mais à qui s'adressait la question?

M. Michael Cooper: Ma question s'adresse à Mme Campbell.

Mme Julie Campbell: Je n'ai pas ces données ce soir, mais je pourrais vous les fournir.

M. Michael Cooper: Je crois comprendre qu'il n'a été mis en œuvre que très récemment ou qu'il ne l'a peut-être pas été. Est-ce exact?

Mme Julie Campbell: Il a été mis en œuvre. Le module 7 sur les troubles mentaux a été mis en œuvre à de nombreux endroits.

Dr Gubitz a peut-être plus d'information à ce sujet également.

Dr Gordon Gubitz: Je suis désolé, mais je n'ai pas les chiffres précis. Cependant, comme les modules sont en cours de mise en œuvre, les formateurs et formatrices intéressés doivent présenter une demande et s'inscrire pour suivre le module de préapprentissage en ligne, puis le module animé. Vous avez raison de dire qu'au cours des prochains mois, de plus en plus de gens participeront à la formation, mais plusieurs groupes sont déjà passés par là.

M. Michael Cooper: Merci.

Quel critère est énoncé dans le programme de l'ACEPA en ce qui concerne l'évaluation avec certitude de l'irrémédiabilité dans le cas d'une maladie mentale?

Dre Stefanie Green: Encore une fois, je ne sais pas à qui la question s'adresse, mais je suis heureuse d'y répondre.

M. Michael Cooper: Docteure Green, j'ai posé une question au sujet du programme de l'ACEPA. Je pense que l'ACEPA pourrait répondre.

Mme Julie Campbell: Je suis désolée, mais pouvez-vous répéter la question?

M. Michael Cooper: Mon temps est gaspillé par... Est-ce que mon temps s'écoule parce qu'ils...?

Eh bien, c'est ridicule.

Quel critère est énoncé dans le programme de l'ACEPA en ce qui concerne l'évaluation de l'irrémédiabilité dans le cas d'une maladie mentale?

Mme Julie Campbell: Le programme de l'ACEPA est très complet, et chaque patient est évalué individuellement à l'aide de l'expertise de personnes comme des psychiatres pour ces patients, alors nous les consultons. Je ne suis pas psychiatre, alors si j'avais un tel patient, je consulterais certainement un psychiatre au sujet de ce patient, pas seulement pour une condition, mais pour l'ensemble de son état.

M. Michael Cooper: Cela se ferait donc au cas par cas. Est-ce bien ce que vous voulez dire?

Mme Julie Campbell: C'est exact. Chaque personne est différente et souffre d'une myriade de maladies, tout comme nous avons constaté au cours des sept dernières années que les patients atteints de cancer peuvent souffrir de troubles mentaux.

M. Michael Cooper: Il n'y a donc pas de liste de critères indiquant ce que l'on recherche pour déterminer avec certitude l'irrémédiabilité. C'était un problème que de prédire cela avec certitude.

Le coprésident (M. René Arseneault): Je crois que M. Gubitz a levé la main.

Dr Gordon Gubitz: Je pourrais peut-être vous aider.

En ce qui concerne le programme de formation, il est axé sur les cas, et il commence par une série de cas qui deviennent de plus en plus complexes au fil des discussions. Dans certains des premiers cas, la personne qui souffrait d'un problème de santé mentale ne serait manifestement pas admissible à l'aide médicale à mourir parce qu'elle ne répondait pas aux critères, et ce, jusqu'aux cas plus avancés où l'évolution clinique du patient a été démontrée comme étant irrémédiable...

M. Michael Cooper: Je suis désolé de vous interrompre, mais je vous demande quels sont les critères. Quels sont-ils?

Également, sur quelles données scientifiques se fonde-t-on?

Dr Gordon Gubitz: À l'heure actuelle, les critères sont fondés sur la capacité du clinicien d'évaluer le patient, d'établir un diagnostic et ensuite un pronostic en fonction de ses antécédents et de la façon dont il a été traité. Comme Mme Green l'a dit, une personne qui vient d'être diagnostiquée d'un problème de santé ne serait pas admissible, et une personne qui a refusé d'envisager diverses options de traitement ne serait pas admissible. Les patients admissibles sont ceux qui ont été traités pendant de nombreuses années...

● (2000)

M. Michael Cooper: Ce que j'en déduis, c'est qu'il n'y a pas de critères, que nous sommes revenus au point où nous en étions il y a un an avec le rapport du groupe d'experts et que la décision sera prise au cas par cas. Je vois la norme de pratique modèle. Je ne vois pas non plus de lignes directrices, donc j'en conclus qu'il n'en existe pas.

Le coprésident (M. René Arseneault): Merci, monsieur Cooper.

[*Français*]

Madame Koutrakis, vous disposez de cinq minutes.

[*Traduction*]

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

Je suppose que c'est une bonne transition après les questions de mon collègue Michael Cooper.

N'importe lequel de nos témoins peut répondre à cette question. Quelles mesures ont été prises pour vérifier les besoins de formation des praticiens de l'AMM, en particulier en ce qui concerne l'AMM et le TM-SPMI?

N'importe lequel des témoins peut répondre à cette question.

Dr Gordon Gubitz: Bien sûr, je peux commencer.

Lorsque le programme de formation a été élaboré, il était fondé sur d'autres programmes dont l'ACEPA s'occupait de façon continue de toute façon. Chacune de ces expériences a donné lieu à des évaluations du contenu, des besoins futurs et de ce que nous aimerions faire pour devenir de meilleurs évaluateurs et prestataires de l'AMM dans l'avenir.

Une grande partie de ce travail consistait alors à fournir une évaluation de base détaillée jusqu'à des tâches plus complexes, y compris le suivi du cas complexe d'un patient de la voie 2 dont la santé mentale était la seule condition sous-jacente, en reconnaissant que personne n'avait encore pratiqué la santé mentale comme seule condition sous-jacente. Il y aura donc un certain apprentissage à l'avenir.

Dre Stefanie Green: J'ajouterais que le projet du programme de formation a également procédé à une évaluation des besoins alors qu'on commençait à élaborer du contenu. Il s'agissait d'une vaste enquête menée à l'échelle du pays auprès de multiples cliniciens, qu'ils aient de l'expérience ou non, afin de voir ce qu'ils attendaient du programme de formation. Nous avons tenu compte des résultats de cette enquête, ainsi que de l'évaluation que nous avons faite des sept dernières années d'expérience de formation dans le cadre de l'ACEPA, et nous avons combiné tout cela à l'expertise en la matière du comité des personnes qui ont élaboré le contenu.

Il y a donc eu un certain nombre d'intrants dans l'élaboration du contenu.

Mme Annie Koutrakis: Mme Campbell veut-elle intervenir?

Mme Julie Campbell: Oui. Ce module a également fait l'objet d'un projet pilote, alors nous avons tenu compte de la rétroaction provenant de chaque module pour déterminer s'il répondait également à l'évaluation des besoins.

Le projet est venu de ce vaste espace fondé sur d'autres programmes de formation et sur ce dont nous avons besoin, puis il est passé à l'étape de l'élaboration avec toute une série d'experts et d'intervenants, puis d'examens. Ensuite, il y a eu un projet pilote auprès d'un groupe de personnes, et cette information a également été examinée.

Mme Annie Koutrakis: Madame Campbell, lorsque vous parlez d'experts et d'intervenants, pourriez-vous nous dire si cela comprend les communautés autochtones, les personnes en situation de handicap, les personnes atteintes de troubles mentaux ou tout autre groupe vulnérable potentiel?

Mme Julie Campbell: Oui. Je n'ai pas la liste devant moi, mais nous pouvons certainement vous la soumettre, si cela vous intéresse.

Mme Annie Koutrakis: Ce serait formidable.

Combien de temps a-t-il fallu pour déterminer quels seraient les besoins en matière de formation? Deux mois? Un an?

Docteur Gubitz, allez-y.

Dr Gordon Gubitz: Comme je l'ai dit, les besoins en matière de formation ont fait l'objet d'une évaluation continue depuis le tout début de la formation de l'ACEPA. L'enquête que nous avons menée à l'échelle du pays a duré environ trois ou quatre mois. Elle a été rédigée en français et en anglais dans diverses administrations, puis les résultats ont été compilés. À partir de là, il y a eu les sept modules, avec le huitième module supplémentaire portant sur la résilience des praticiens, qui est intégré aux autres modules.

Mme Annie Koutrakis: Docteure Green, êtes-vous au courant de différences importantes entre la norme de pratique modèle pour l'AMM et les normes qui ont déjà été établies ou qui sont en voie d'être élaborées au Canada?

Dre Stefanie Green: Je dirais qu'avant l'élaboration des normes de pratique modèles, il y a eu beaucoup de discussions et de directives à l'échelle régionale pour aider à comprendre comment la loi elle-même pourrait être appliquée dans une situation clinique. Comme Mme Downie l'a dit plus tôt ce soir, il y a une loi qui est en vigueur, puis il y a la pratique clinique, alors nous devons comprendre si certains critères de situation ont été respectés en vertu de la loi, et c'est une décision clinique.

Je dirais que la norme de pratique modèle pour l'aide médicale à mourir a été d'une grande aide pour ceux d'entre nous qui ont fait ce travail en étoffant certaines des nuances concernant le libellé de la loi. L'un des exemples pourrait être le sens d'« irrémédiable », comme M. Cooper l'a dit plus tôt, ou d'« incurable », de ce que cela signifie exactement et de ce qu'il faut pour satisfaire à ce critère. Cette nuance de sens a été extrêmement utile aux cliniciens, et c'est pourquoi je m'attends à ce que la plupart des organismes de réglementation aient décidé d'adopter ces normes. Ces notions sont également enseignées dans le programme de formation.

● (2005)

[*Français*]

Le coprésident (M. René Arseneault): Merci, mesdames Green et Koutrakis.

Le temps de parole de cinq minutes est déjà écoulé.

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour cinq minutes.

M. Luc Thériault: Le temps de parole de cinq minutes dont nous disposons passe très rapidement. Je vais essayer de faire sortir de ma bouche le moins de mots possible.

Informez-moi. Dites-moi ce qu'il en est.

Docteure Green, vous avez expliqué tout à l'heure qui ne serait pas admissible. Quel serait le patient type, dans ce cas?

[*Traduction*]

Dre Stefanie Green: C'est une bonne question. Nous n'avons pas encore vu ces patients, alors je ne peux que formuler des hypothèses pour vous.

Je pense que le patient type qui répond à ces critères très rares doit avoir un très long passé documenté d'interaction avec le système de soins de santé. Il a fait l'objet de nombreux essais de traitement et a documenté ceux qui ont fonctionné, ceux qui n'ont pas fonctionné et la durée de chaque essai de traitement. Il a probablement vécu un certain nombre d'hospitalisations. Il a probablement vu un certain nombre de spécialistes au fil des ans. Tout cela serait nécessaire. Il ne suffit pas d'avoir vécu cette expérience. Il faut que ce soit documenté dans le système avant que je puisse, en tant que clinicien, formuler ce qu'on appelle un avis médical sur la question de savoir si la personne répond au critère de l'incurabilité ou de l'irrémédiabilité.

Malheureusement, il y aura des patients qui ont vécu cette expérience et qui ne l'ont pas documentée ou qui n'ont pas été vus adéquatement au fil des ans par notre système médical, pour un certain nombre de raisons différentes. Sans ces antécédents solides, ils ne seront probablement pas admissibles à ces soins.

[*Français*]

M. Luc Thériault: Je comprends. Cela reste quand même un peu général et vague, mais ce n'est peut-être pas possible de faire mieux.

Je m'adresse aux trois témoins.

En tant que psychiatre, vous avez à déterminer assez fréquemment si un patient est un danger pour lui-même. N'est-ce pas?

Quelqu'un peut-il me répondre par oui ou non?

Personne ne me répond.

Le coprésident (M. René Arseneault): Vous êtes en sourdine, madame Green.

[*Traduction*]

Dre Stefanie Green: Je suis désolée.

Je ne suis pas psychiatre, mais chaque clinicien a le devoir d'évaluer chaque patient pour déterminer s'il est suicidaire. C'est ce que nous faisons, non seulement dans le contexte de l'aide médicale à mourir, mais aussi dans notre pratique clinique tout au long de notre carrière.

C'est exact.

[*Français*]

M. Luc Thériault: Ce qui me préoccupe, c'est la résistance au changement sur le terrain.

Comment un psychiatre peut-il percevoir la nuance entre un patient qui est un danger pour lui-même et un patient qui souhaite recevoir l'aide médicale à mourir?

[*Traduction*]

Dre Stefanie Green: Je pense que la plupart d'entre nous avons de l'expérience, au fil des ans, dans l'évaluation de cette différence. Cela peut être compliqué.

Pour vous donner un exemple très simple, je dirais qu'une personne qui a un plan pour se mettre elle-même en danger a un échéancier pour le faire, a un moyen de le faire et l'exprime. C'est une sorte de réaction intuitive à un facteur négatif dans sa vie. Elle peut être considérée comme une personne très suicidaire.

Une autre personne qui demande l'aide médicale à mourir pourrait venir dire qu'elle en parle avec sa famille depuis des mois ou des années et expliquer quelle a été la trajectoire de la maladie, quelles sont ses valeurs, pourquoi elle croit qu'il n'y a plus de sens à sa vie ou pourquoi elle pourrait choisir de mettre fin à ses jours. Elle serait prête à travailler avec l'équipe et les cliniciens pour voir si c'est une possibilité pour elle, ou s'il y a d'autres ressources disponibles.

Il y a une nette différence entre les deux.

[*Français*]

M. Luc Thériault: Dans la formation sur les troubles mentaux que vous êtes en train de préparer, avez-vous tenu compte de la recommandation 16 du Rapport final du groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir, qui consiste en une surveillance prospective?

[*Traduction*]

Dre Stefanie Green: Dans le programme de formation, nous recommandons de suivre les normes de pratique de l'administration locale où vous pratiquez. Si l'administration locale, disons la Nouvelle-Écosse, comme l'a dit le Dr Gubitz, exige qu'un psychiatre soit l'un des évaluateurs ou fasse partie de l'équipe, nous encouragerions nos apprenants à adopter la pratique de la Nouvelle-Écosse. Ce n'est peut-être pas le cas ailleurs. Il en va de même pour la surveillance prospective.

● (2010)

[*Français*]

M. Luc Thériault: La préparation sur le terrain me préoccupe, notamment au Québec.

L'État québécois ayant décidé de ne pas aller de l'avant, quelles conséquences cela aura-t-il pour les patients québécois?

[*Traduction*]

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

Dre Stefanie Green: Ce sera au Collège des médecins du Québec, le CMQ, de décider, et jusqu'à maintenant — d'après ce que j'ai compris — si les cliniciens respectent l'une des lois, provinciales ou fédérales, de bonne foi, ils ne feront pas l'objet de mesures disciplinaires.

Je ne crois pas que le CMQ ait fait de commentaires précis sur cette situation particulière. Ils ont déclaré publiquement qu'ils étaient contre une exclusion. Il faudra voir ce qu'ils diront après mars 2024.

Entretemps, les cliniciens se préparent à cette possibilité.

[*Français*]

Le coprésident (M. René Arseneault): Merci, madame Green et monsieur Thériault.

Monsieur MacAlistair, vous avez maintenant la parole pour cinq minutes.

[*Traduction*]

M. Alistair MacGregor: Merci, monsieur le président. C'est au tour de M. MacGregor.

Ça va. Si jamais j'écris un livre, je vais adopter le pseudonyme Gregor MacAlistair.

Le coprésident (M. René Arseneault): Je suis désolé. Votre temps va commencer maintenant.

M. Alistair MacGregor: Merci.

Merci à tous nos témoins de s'être joints à nous et d'avoir aidé notre comité à examiner ce sujet.

Docteure Green, j'aimerais commencer par vous. Je vous remercie de votre déclaration préliminaire.

Je m'intéresse à l'élaboration du programme de formation. Nous avons maintenant le plus récent module, intitulé « L'AMM et les troubles mentaux ». Êtes-vous en mesure d'informer le Comité, lorsque ce module était en cours d'élaboration au début, lorsque vous avez appris que le projet de loi C-7 avait été adopté par le Parlement et que vous deviez commencer à vous préparer...? Au départ, dans le cadre de l'élaboration de ce module, êtes-vous en mesure d'informer le Comité de la rétroaction ou des préoccupations initiales que vous avez reçues de la part de personnes qui ont de l'expertise dans ce domaine?

Quels sont certains des thèmes dominants qui ont vraiment contribué à éclairer l'élaboration de ce module?

Dre Stefanie Green: Le programme de formation a été mis sur pied par un groupe d'experts qui en a élaboré le contenu, comme tous les autres sujets abordés dans ce programme. Nous avons demandé à ces experts de nous donner des conseils sur la marche à suivre, tout en leur laissant une certaine marge de manœuvre. Ils ont certainement observé ce qui se passe ailleurs dans le monde, dans les pays qui ont déjà légalisé cette pratique, pour voir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

Ils ont également réuni des experts de tout le pays, dont la plupart avaient des connaissances spécialisées et une expertise dans les maladies les plus souvent invoquées dans les pays ayant légalisé cette pratique. Il pouvait s'agir, par exemple, de spécialistes des troubles de l'humeur ou des problèmes de toxicomanie. Ils ont réuni un groupe diversifié d'experts canadiens possédant cette expertise généralisée fondée sur ce qui, d'après ce qu'ils avaient observé à l'étranger, pouvait avoir une pertinence avec notre expérience.

Ensemble, ils ont ensuite commencé à développer le contenu du programme qui a été examiné par plus de 100 spécialistes du pays — je ne faisais pas partie de ce comité. De multiples parties prenantes des quatre coins du pays ont participé à ce projet et je crois que 18 intervenants de divers pays ont révisé le contenu de notre programme avant qu'il ne soit soumis à l'approbation du conseil d'administration.

M. Alistair MacGregor: Je vous remercie.

Madame Campbell et docteur Gubitz, avez-vous quelque chose à ajouter au sujet de votre propre expérience dans ce projet?

Docteur Gubitz, allez-y, je vous en prie.

Dr Gordon Gubitz: Bien sûr. Je vous remercie d'avoir posé la question.

Durant le développement du module, plusieurs thèmes revenaient sans cesse. Comme je l'ai mentionné, les experts ont décidé de se baser sur des cas très précis, parce que c'est là que se trouve l'essentiel. Ils ont facilité les discussions pour s'assurer que les responsables de la formation sont vraiment des spécialistes du domaine et sont capables de guider les participants dans une discussion très nuancée portant sur la capacité, le libre arbitre, le caractère irrémédiable de la maladie et des vulnérabilités structurelles dont a parlé Mme Downie au cours de la session précédente ainsi que sur le concept évoqué par la Dre Green, à savoir si le patient est suicidaire ou s'il a un motif valable de souhaiter mourir, ce qui n'est pas la même chose.

Toutes ces questions qui posent des difficultés aux cliniciens sont en fait au cœur des différents cas examinés dans le module de formation, allant du plus simple au plus complexe, tout en reconnaissant qu'il y a probablement des cas encore plus complexes. Au fil du temps, les modules seront donc revus, évalués et bonifiés afin de refléter les pratiques courantes et pourront éventuellement inclure d'autres exemples.

M. Alistair MacGregor: Je vous remercie.

Madame Campbell, souhaitez-vous ajouter quelque chose?

● (2015)

Mme Julie Campbell: Ce que nous pouvons ajouter, c'est que le programme de formation est un élément essentiel de l'équation, mais il existe d'autres tribunes. Comme a expliqué le Dr Gubitz, la richesse qu'apporte un examen des patients au cas par cas se retrouve également dans d'autres contextes dans lesquels nous avons travaillé ensemble afin de mieux nous préparer, notamment des ateliers, des forums en ligne et le partage de connaissances. Tous les intervenants participent à l'examen des patients, parce qu'il n'existe pas de liste. Lorsque la loi a été initialement rédigée, personne n'a dressé la liste des maladies admissibles. Les législateurs ont établi une liste de critères, parce qu'il est difficile de faire entrer des patients dans des cases. En raison de la grande complexité des cas, cet examen de chaque patient et de chaque cas nous permet de recueillir des renseignements auprès de tous les intervenants présents dans la salle, sous la gouverne d'un expert, et cela alimente grandement la discussion.

Le coprésident (M. René Arseneault): Monsieur MacGregor, il vous reste dix secondes.

M. Alistair MacGregor: D'accord, je vais les céder au Comité.

Le coprésident (M. René Arseneault): Merci.

C'est maintenant au tour des sénateurs de poser les prochaines questions.

[*Français*]

Nous allons commencer par la sénatrice Mégie. Vous disposez de trois minutes.

L'hon. Marie-Françoise Mégie: J'ai cru entendre, tout à l'heure, une question sur la durée de l'évaluation des besoins. Ayant de l'expérience en formation continue, j'aimerais poser une question à la Dre Green ou à Mme Campbell.

En quoi la durée de l'évaluation des besoins influerait-elle sur les modules de formation que vous préparez? Y a-t-il une différence en matière d'évaluation des besoins entre la formation continue et la formation sur l'aide médicale à mourir?

[*Traduction*]

Mme Julie Campbell: Si vous voulez savoir si les modules de formation et leur durée sont comparables au perfectionnement professionnel continu, je dirais que les deux sont complémentaires. Il est certain que les modules permettent d'acquérir des connaissances de base qui favorisent la normalisation, mais nous continuons à apprendre. Les connaissances que nous avions en 2016 sont différentes de celles que nous avons aujourd'hui et le perfectionnement continu ne fait qu'enrichir les connaissances de base du programme de formation.

[*Français*]

L'hon. Marie-Françoise Mégie: Docteure Green, souhaitez-vous ajouter quelque chose?

[*Traduction*]

Dre Stefanie Green: Je ne suis pas certaine d'avoir compris le sens de votre question. Je dirais que notre programme est en fait un programme de formation continue. Si vous parlez des facultés de médecine et de sciences infirmières, nous espérons que notre formation y est aussi donnée, mais je ne pense pas que c'est ce que vous vouliez savoir...

[*Français*]

L'hon. Marie-Françoise Mégie: Je m'excuse de vous interrompre, mais je viens d'entendre des questions autour de la table.

La durée de l'évaluation des besoins influerait-elle sur la conception des modules? Je sais que non, parce que les évaluations des besoins sont limitées dans le temps. Toutefois, y a-t-il une différence entre l'évaluation des besoins en formation continue et l'évaluation des besoins en aide médicale à mourir?

[*Traduction*]

Dre Stefanie Green: Je suis désolée. Je ne comprends toujours pas votre question.

L'évaluation des besoins dont j'ai parlé tout à l'heure nous a permis d'élaborer le contenu du programme de formation. Il s'agit d'un processus continu qui s'est échelonné sur plusieurs mois et auquel s'est ajoutée la collecte des résultats des évaluations effectuées lors des séances de formation qui ont eu lieu au cours des sept années précédentes. Nous avons recueilli une abondance de renseignements au cours des séances de formation précédentes, de la formation continue et de l'évaluation des besoins qui, en fait, est une évaluation distincte qui s'applique à ce module particulier. Toutes ces données ont été rassemblées dans le but d'éclairer les experts chargés de l'élaboration et de la mise en œuvre du contenu de ce programme de formation. Je dirais qu'il s'agit d'un travail en crescendo.

Le coprésident (M. René Arseneault): Je vous remercie, docteure Green.

Monsieur Ravalia, allez-y.

L'hon. Mohamed-Iqbal Ravalia: Je vous remercie, monsieur le président.

Ma question s'adresse au Dr Gubitz.

Docteur, pourriez-vous m'expliquer le processus et les délais potentiels qu'une personne atteinte d'une maladie mentale incurable ou résistante au traitement devrait respecter avant d'être jugée admissible...

Dre Stefanie Green: Nous avons perdu le son.

Le coprésident (M. René Arseneault): D'accord. Je vais arrêter le chronomètre.

Nous entendez-vous maintenant?

[*Français*]

Le son est-il meilleur?

[*Traduction*]

Dre Stefanie Green: Ça y est, je vous entends.

● (2020)

L'hon. Mohamed-Iqbal Ravalia: Merci beaucoup.

Ma question s'adresse au Dr Gubitz.

Docteur, pourriez-vous m'expliquer le processus et les délais potentiels qu'une personne atteinte d'une maladie mentale incurable ou résistante au traitement devrait respecter avant d'être considérée admissible lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué? Je vous pose la question pour que ce soit clair, vu les inexactitudes non scientifiques empreintes de colère, de condescendance, de mépris et parfois farfelues qui circulent au sujet de l'admissibilité à l'AMM de personnes dont le seul problème médical est un trouble mental.

Je vous remercie.

Dr Gordon Gubitz: L'essentiel de la réponse, c'est que le patient qui demande l'aide médicale à mourir devrait être en mesure de présenter un historique très détaillé de sa situation ou quelqu'un d'autre doit pouvoir fournir cet historique. Ces renseignements proviennent souvent de sources multiples. Dans le cas des patients atteints de troubles psychiatriques ou mentaux, l'information est souvent colligée dans le cadre d'investigations parallèles menées par des psychologues, d'un examen détaillé des dossiers médicaux du patient et d'une collaboration avec d'anciens médecins de famille, des conseillers, des membres de la famille et d'autres personnes, afin que le psychiatre puisse avoir une bonne idée du diagnostic et soit en mesure de déterminer si toutes les avenues ont été explorées de manière raisonnable pour s'assurer que le patient a eu recours, ou a essayé d'avoir recours, à tous les traitements appropriés.

Comme l'a dit la Dre Green, ce n'est pas une décision prise à la légère. Comme il s'agit de patients de la voie 2, l'évaluation de leur admissibilité risque de prendre des mois dans bien des cas.

L'hon. Mohamed-Iqbal Ravalia: Docteure Green, pourriez-vous enchaîner sur ce sujet et me dire, d'après votre expérience clinique, combien de patients seraient admissibles dans ce scénario? Pouvez-vous nous en donner une idée? Parle-t-on de dizaines ou de centaines de patients?

Dre Stefanie Green: Nous parlons d'un petit nombre de patients, moins d'une centaine, c'est certain, peut-être de quelques dizaines. Parmi les centaines de patients que j'ai vus au cours de ces sept années, seul un très petit nombre a présenté une demande pour motif de maladie mentale. Je ne crois pas que beaucoup d'entre eux seront en mesure de respecter toutes les normes rigoureuses. Les critères d'admissibilité sont rigoureux. Les mesures de sauvegarde sont solides. Il sera assez difficile pour les personnes atteintes de troubles mentaux de satisfaire à ces critères. Je dirais que sur une centaine de demandeurs, seuls un ou deux patients pourraient être jugés admissibles.

L'hon. Mohamed-Iqbal Ravalia: Je vous remercie de nous avoir éclairés sur ces mesures de sauvegarde; nous l'apprécions grandement.

Le coprésident (M. René Arseneault): Je vous remercie, monsieur Ravalia.

Madame Wallin, vous avez la parole.

L'hon. Pamela Wallin: Merci beaucoup.

Je vais poursuivre sur le même thème que le sénateur Ravalia et revenir sur les inquiétudes souvent exprimées à l'idée que l'aide médicale à mourir soit trop facilement accessible aux personnes atteintes de troubles mentaux.

Compte tenu de ce que vous avez dit, docteure Green, et vous également, docteur Gubitz, j'ai l'impression que le problème se situe vraiment de l'autre côté. Vous avez tous deux insisté sur le fait qu'il serait très difficile d'y avoir accès et que vous allez avoir besoin de documents que les personnes atteintes d'une maladie mentale ne seront peut-être pas en mesure de vous fournir. Vous allez devoir examiner des documents antérieurs provenant de professionnels qui ont déjà traité ces patients pour autre chose, qu'ils aient ou non la capacité de rassembler toute l'information.

Commençons par vous, docteure Green. Quelle est votre principale préoccupation à cet égard?

Dre Stefanie Green: J'ai le privilège de parler avec des personnes qui viennent me voir dans une situation désespérée pour me demander de les aider à mettre fin à leurs jours. C'est un moment très délicat. Quand une personne en arrive là, c'est souvent par désespoir. Je dois parfois annoncer à certaines de ces personnes qu'elles ne sont pas admissibles.

Le principal risque, c'est que nous ne pouvons pas dire à des patients — et je ne suis pas juriste — qu'ils ne sont pas admissibles à un traitement médical légalisé au Canada sur la base d'un diagnostic. Cela semble carrément discriminatoire. Le pire risque, c'est que cela donne aux patients l'impression qu'on leur interdit l'accès à un traitement auquel d'autres peuvent avoir accès. Le risque viendra alors de la réaction qu'auront les personnes dans cette situation.

● (2025)

L'hon. Pamela Wallin: Docteur Gubitz, c'est exactement ce que nous ont dit d'autres témoins. Si vous faisons valoir l'argument constitutionnel selon lequel ces personnes jouissent du même droit que d'autres de demander l'aide médicale à mourir, nous constatons alors que nous imposons beaucoup d'obstacles à cette catégorie de personnes.

Dr Gordon Gubitz: Je suis d'accord. Pour nous et pour le groupe avec lequel nous travaillons en Nouvelle-Écosse, la question qui se pose est la suivante: qu'arrive-t-il aux personnes qui demandent l'aide médicale à mourir, mais qui sont jugées non admissibles? Qui va s'occuper d'elles? En Nouvelle-Écosse, ce n'est pas le rôle de notre équipe responsable de l'accès à l'aide médicale à mourir de traiter les personnes atteintes de troubles mentaux. Certaines d'entre elles ne répondent parfois pas aux critères de base. Elles ne sont pas traitées par un médecin de famille ou une infirmière praticienne, même pour leurs besoins de base. Nous pensons qu'une discussion avec notre gouvernement s'impose pour déterminer comment nous nous occuperons de ces personnes qui ne seront pas admissibles.

L'hon. Pamela Wallin: Nous avons déjà entendu dire que nous avons besoin de deux voies, en ce sens que nous devons avoir, pour la première, de l'argent et un système bien préparé et, pour la deuxième, nous devons aussi avoir de l'argent, des services et un système prêt à traiter les personnes atteintes de troubles mentaux qui ne sont pas admissibles à l'aide médicale à mourir.

Docteur Gubitz, allez-y.

Le coprésident (M. René Arseneault): Je suis désolé, madame Wallin.

Docteur Gubitz, c'est tout le temps que nous avons, je suis désolé.

Madame Martin, vous avez trois minutes à votre disposition.

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

J'aimerais revenir à Mme Campbell.

Je n'ai pas entendu la réponse à la question de mon collègue concernant les critères énoncés dans le programme de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM, ou l'ACEPA, pour évaluer avec certitude le caractère irrémédiable d'une maladie mentale. Je sais que vous avez parlé des cas que vous examinez. Il s'agit d'une évaluation au cas par cas, mais il faut certainement discuter des critères, de la liste des points à évaluer que vous donnez aux évaluateurs de l'admissibilité à l'AMM.

Mme Julie Campbell: Je pense que nous souhaitons tous avoir une simple liste de contrôle qui n'existe pas encore en raison de la complexité des cas.

Prenons un patient en particulier et suivons la démarche que le Dr Gubitz vient de vous décrire. Nous consultons son psychiatre et son psychologue, nous examinons ses pathologies et nous lui demandons quels traitements il a essayés, lesquels ont fonctionné et lesquels n'ont pas fonctionné, et quels ont été les résultats. Les réponses à toutes ces questions nous permettent de commencer à avoir une idée du caractère irrémédiable de la maladie.

Notre démarche ne se résume pas à déterminer si le patient a telle ou telle maladie et s'il s'agit d'une maladie irrémédiable. Nous faisons plutôt un examen approfondi et exhaustif du patient, de tous les intervenants qu'il a consultés et de son état général.

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

Eh bien, ce n'est donc pas un souhait. Nous essayons en fait de vérifier la qualité de la formation. Nous parlons de la vie de personnes. Qu'il s'agisse de dizaines ou de centaines, nous parlons de la vie de chacune de ces personnes.

Par souci de clarté, permettriez-vous au Comité de consulter ce module? En tant qu'ancienne enseignante, je sais que si nous en avons une version papier sous les yeux, cela nous donnera une certaine assurance. Pourriez-vous nous faire parvenir ce document, madame Campbell?

Mme Julie Campbell: Je ne connais pas la réponse.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): L'ACEPA pourrait-elle nous faire parvenir le module qu'elle utilise afin que nous puissions nous appuyer sur une base solide? Ce serait seulement pour nous. Nous ne sommes pas des experts, mais le fait d'avoir une version papier renforcera notre assurance. Je crois savoir que la formation est en cours, et je sais que tout le monde apprend la pratique, mais il est important pour nous de voir le contenu de ce module.

Est-ce que vous pouvez nous faire parvenir ce document?

Mme Julie Campbell: Je peux certes le demander au conseil d'administration, mais je ne peux prendre cette décision de mon propre chef en ce moment, à moins que le Dr Gubitz ou la Dre Green puissent vous en dire davantage.

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

Brièvement, docteur Gubitz, vous avez dit dans votre allocution qu'un spécialiste en toxicomanie avait récemment été embauché. Est-ce exact?

Dr Gordon Gubitz: C'est vrai, nous avions un spécialiste des dépendances au sein de notre groupe consultatif provincial chargé de préparer la documentation.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Est-ce que cela veut dire que vous vous attendez également à ce que les toxicomanes soient potentiellement admissibles?

● (2030)

Dr Gordon Gubitz: C'est tout à fait possible, oui. Pourvu qu'ils répondent à tous les critères, c'est possible.

[*Français*]

Le coprésident (M. René Arseneault): Merci, monsieur Gubitz et madame Martin.

Les prochaines questions nous viendront des députés.

Madame Kramp-Neuman, vous avez la parole pour trois minutes.

[*Traduction*]

Mme Shelby Kramp-Neuman (Hastings—Lennox and Addington, PCC): J'ai des réserves à cet égard.

Avez-vous eu des conversations directes avec des personnes ayant vécu une expérience concrète de la maladie mentale? Ces personnes ont-elles été suffisamment consultées sur la mise en oeuvre potentielle du suicide assisté pour échapper à une mort très pénible?

Madame Green, voulez-vous répondre à cela?

Dre Stefanie Green: Docteure Green, je vous prie.

Oui, je peux vous dire que nous avons eu la chance d'inviter des personnes ayant vécu cette expérience à plusieurs réunions des comités chargés de concevoir le contenu du programme de formation sur l'AMM — en particulier, du module sept portant sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale. Je ne parle pas seulement des cas où le trouble mental est le seul problème médical invoqué, mais des cas où la maladie mentale est une comorbidité. Une personne ayant vécu cette expérience faisait partie du comité chargé de concevoir le contenu. L'ACEPA a donc déployé des efforts dans ce sens pour élaborer son programme de formation.

Est-ce que cela répond à votre question?

Mme Shelby Kramp-Neuman: Cela me permet de poursuivre.

À ma connaissance, et d'après ce que nous avons entendu plus tôt, il n'existe pas de données factuelles et solides sur les facteurs socioéconomiques qui incitent des personnes atteintes d'un trouble mental à demander l'AMM. Si nous offrons une mort prématurée à des personnes marginalisées, seules, itinérantes et potentiellement suicidaires en nous appuyant uniquement sur des évaluations médicales non scientifiques, je m'inquiète de voir que nous en sommes rendus là en tant que pays. Le Canada est-il prêt pour cela?

Dre Stefanie Green: Rien ne prouve que les personnes présentant ces caractéristiques demandent et reçoivent l'AMM dans une proportion plus élevée au Canada. Nous avons plutôt des preuves du contraire.

En 2024, Santé Canada publiera les données recueillies depuis janvier 2023, ce qui nous donnera un portrait plus complet des personnes qui demandent et reçoivent l'AMM. Je pense que cela sera utile.

Comme c'est le cas ailleurs dans le monde, il n'y a absolument aucune preuve que ces facteurs incitent des personnes à demander l'AMM et nous ne nous attendons pas à ce que ce soit le cas au Canada. Nous savons pertinemment, d'après nos critères d'admissibilité très clairs, que les vulnérabilités socioéconomiques ne sont pas un critère d'admissibilité à l'aide médicale à mourir.

De toute évidence, comme l'a fait remarquer Mme Campbell, les gens sont complexes et il est parfois difficile de discerner quels facteurs entrent en jeu. Cela ne veut pas dire que les gens possédant ces caractéristiques ne demandent pas l'aide médicale à mourir, mais il y a une différence entre cela et un titre très accrocheur dans les médias alléguant qu'une personne vulnérable essaie d'avoir accès à l'aide médicale à mourir. Il y a une différence entre évaluer l'admissibilité d'une personne à l'AMM et déterminer qu'elle y est admissible. Il est important que le Comité en tienne compte.

Le coprésident (M. René Arseneault): Je vous remercie, docteure Green.

[*Français*]

Merci, madame Kramp-Neuman.

[*Traduction*]

Monsieur Scarpaleggia, vous avez trois minutes, je vous en prie.

M. Francis Scarpaleggia: Merci beaucoup.

J'ai quelques brèves questions à poser.

J'ai oublié qui a dit cela, mais c'est peut-être vous, docteure Green, qui avez dit que, pour être admissible à l'AMM, une personne atteinte d'une maladie mentale ne devrait pas, en principe, avoir refusé des traitements dans le passé. Est-ce exact? Ai-je bien compris?

Dre Stefanie Green: J'ai dit que si une personne a refusé de recevoir les traitements qui lui étaient offerts, sans justification particulière, elle ne peut simplement pas se présenter et dire qu'elle a refusé les traitements, tout en pensant qu'elle est quand même admissible. Ce n'est certainement pas possible, et cette personne serait jugée inadmissible.

M. Francis Scarpaleggia: Elles doivent justifier leur refus. Je suis certain que ces cas sont nombreux. Par exemple, une personne peut avoir essayé de nombreux traitements, mais s'être ensuite opposée à un traitement particulier. Pour une raison ou une autre, elle a refusé une thérapie par électrochoc. Ce n'est peut-être pas une raison suffisante, mais cette personne ne serait pas disqualifiée pour la simple raison qu'elle a refusé un traitement parmi de nombreux autres. J'imagine que l'évaluation est un peu plus nuancée que cela.

Dre Stefanie Green: L'évaluation est beaucoup plus nuancée que cela. En fait, nous chercherions à savoir si la personne a essayé un traitement similaire dont les effets secondaires lui étaient inacceptables. Chaque cas est unique. C'est du cas par cas.

M. Francis Scarpaleggia: D'après ce que j'ai entendu, déterminer le caractère irrémédiable d'une maladie est un exercice très complexe. Vous devez examiner la situation dans son ensemble et il n'existe pas de critère relatif au caractère irrémédiable.

J'aimerais savoir ce que vous pensez d'un article publié aux presses de l'Université Cambridge intitulé « Irremediability in psychiatric euthanasia: examining the objective standard ». Voici une traduction libre du résumé. J'aimerais entendre vos commentaires.

> Le caractère irrémédiable est un critère clé de l'euthanasie et de l'aide au suicide pour troubles psychiatriques, ou EAS en contexte psychiatrique. Des pays comme les Pays-Bas et la Belgique demandent aux cliniciens d'évaluer le caractère irrémédiable d'une maladie à la lumière du diagnostic et du pronostic du patient et « selon l'état actuel des connaissances médicales ». Il est essentiel de clarifier la pertinence d'une norme objective par défaut pour déterminer le caractère irrémédiable lorsqu'il s'applique à l'EAS en contexte psychiatrique afin d'élaborer des politiques solides. À ce jour, pourtant, aucun examen approfondi n'a encore été effectué.

Cet article a été publié il y a tout juste un an. J'aimerais avoir votre avis, quel qu'il soit, sur cet article.

Docteure Green, je vous écoute.

● (2035)

[*Français*]

Le coprésident (M. René Arseneault): Votre micro est en sourdine, docteure Green.

[*Traduction*]

Dre Stefanie Green: Je suis vraiment désolée.

Cette question a été soulevée à maintes reprises. J'inviterais les membres du Comité à examiner le modèle des normes de pratique pour l'AMM, où la signification du terme « irrémédiable » est étoffée. Je ne l'ai pas sous les yeux en ce moment, mais il y a un paragraphe qui explique ce qui peut être considéré comme incurable, irrémédiable ou irréversible. Il ne s'agit pas du tout d'une définition universelle, mais elle donne une idée de ce que ces termes veulent dire.

J'ai le paragraphe sous les yeux, si vous avez le temps, je peux vous en faire lecture.

[*Français*]

Le coprésident (M. René Arseneault): Monsieur Thériault, vous disposez de deux minutes.

M. Luc Thériault: Si je résume vos trois témoignages, seul un petit nombre de personnes pourraient y être admissibles, compte tenu des balises que vous avez élaborées. Notamment, il faut absolument que la personne ait tout essayé et n'ait pas refusé un traitement dont on sait sans l'ombre d'un doute qu'il aurait pu améliorer son état, bien que le refus de traitement soit toujours permis.

Si, effectivement, un petit nombre de personnes peuvent y avoir accès, compte tenu de l'ensemble des balises que vous mettez en place, peut-on prétendre que le fait de permettre aux personnes atteintes de troubles mentaux d'accéder à l'aide médicale à mourir pourrait avoir une vertu préventive?

Je pose la question au Dr Gubitz, puisque je ne lui ai pas encore posé de question.

[*Traduction*]

Dr Gordon Gubitz: En ce qui concerne l'AMM en général, nous savons que la participation à une évaluation de l'admissibilité à l'AMM a souvent pour effet d'améliorer les soins de santé de la personne. Par exemple, si la personne n'a jamais reçu de soins palliatifs et qu'elle en reçoit, elle peut en retirer des bienfaits. Elle n'a ainsi plus besoin de l'aide médicale à mourir et peut finir sa vie confortablement grâce aux soins palliatifs. C'est un exemple général.

Si nous sommes honnêtes dans notre façon d'évaluer les personnes atteintes de troubles mentaux, nous devons parfois aller un peu plus loin que la norme et leur demander quels traitements elles ont essayés et lesquels elles n'ont pas essayés. Nous pourrons ensuite leur conseiller de réfléchir à un traitement qu'elle pourrait essayer s'il leur semble indiqué. C'est pour cette raison que nous faisons appel à des professionnels qui possèdent une expertise en la matière.

Comme l'a dit Mme Downie, il n'est pas nécessaire de faire appel à un psychiatre, puisque beaucoup de médecins en soins primaires sont devenus des experts dans le traitement de certains groupes de patients. L'important, c'est que le médecin connaisse l'état de santé du patient, qu'il connaisse aussi la personne et qu'il ait exercé une diligence raisonnable en traitant cette personne.

Le coprésident (M. René Arseneault): Je vous remercie, docteur Gubitz.

Pour faciliter le travail des interprètes, je vous demanderais, dans la mesure du possible, de parler très lentement. Je me le fais souvent rappeler.

Monsieur MacGregor, vous disposez de deux minutes.

M. Alistair MacGregor: Merci beaucoup, monsieur le président.

Docteure Green, je vais terminer ce tour avec vous.

N'eût été le projet de loi C-39, que le Parlement a adopté très rapidement, nous vivrions certainement dans un pays où la maladie mentale pourrait être la seule maladie sous-jacente invoquée pour être admissible à l'AMM.

En examinant cette question dans l'optique de la Colombie-Britannique, dans quelle mesure cette année supplémentaire nous a-t-elle aidés à mieux nous préparer dans notre province? Compte tenu de votre implication dans ce dossier, à quel moment, approximativement, a-t-on déterminé que notre province était prête? J'essaie simplement de revenir en arrière.

● (2040)

Dre Stefanie Green: La Colombie-Britannique a toujours eu l'intuition des choses à venir. Par exemple, elle a chargé un groupe de travail provincial d'examiner l'aide médicale à mourir pour TM-SPMI depuis septembre 2022. Cela a pris plus de temps, puisque cela fait plus d'un an maintenant. C'est un sous-comité d'un autre comité du ministère de la Santé qui a pris en compte les recommandations du groupe d'experts et les normes de pratique modèles et qui propose maintenant de nouvelles mesures de protection provinciales en prévoyant la création d'un comité d'examen des cas pour toutes les demandes d'AMM TM-SPMI.

Trois des autorités sanitaires régionales sont déjà prêtes à créer ce genre de comité d'examen. L'une d'elles a déjà quelque chose de très semblable, et toutes seront prêtes d'ici mars 2024. Nos deux organismes de réglementation, l'ordre des médecins et celui des infirmières, sont en train de modifier les normes de pratique médicales de la province en fonction des normes de pratique modèles et des recommandations du groupe de travail.

Je crois que, compte tenu de tout le travail accompli au cours de la dernière année, la province se sent prête à aller de l'avant. Quand a-t-elle dit qu'elle le serait? Je crois que c'est dès maintenant, parce qu'on se rend compte que les choses sont mises en place à temps. A-t-on profité de l'année supplémentaire? Absolument.

Le coprésident (M. René Arseneault): Merci, monsieur MacGregor.

[*Français*]

Merci, docteure Green.

[*Traduction*]

L'hon. Pamela Wallin: J'invoque le Règlement.

Je ne suis pas certaine qu'il faille demander l'accès à la formation professionnelle pour un organisme professionnel. Je ne sais pas si cela se justifie. Je sais que le conseil allait être saisi de la question, mais je pense que c'est une demande discutable. C'est tout.

M. Michael Cooper: Madame la présidente, permettez-moi de dire que, pour l'ACEPA, c'est un grand secret. Je rappelle que cette organisation avait des programmes de formation dans le cadre desquels on discutait, entre autres, de mettre sous sédatif les patients qui résistaient à l'administration de l'AMM. C'est de l'ACEPA qu'il est question.

L'hon. Pamela Wallin: Je voulais simplement faire valoir un point de vue. C'est tout. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'en débattre.

Le coprésident (M. René Arseneault): D'accord. Merci.

Je tiens à remercier tous les témoins.

Nous allons suspendre momentanément la séance pour accueillir le prochain groupe de témoins pour la troisième heure.

● (2040)

(Pause)

● (2045)

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): La séance est de nouveau ouverte.

Chers collègues, reprenons nos travaux.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à notre principal témoin, mais, en fait, il y en a deux. Nous avons une deuxième personne au cas où nous aurions besoin de renfort.

Accueillons par vidéoconférence le Dr Jitender Sareen, médecin au département de psychiatrie de l'Université du Manitoba. Il est accompagné du Dr Pierre Gagnon, directeur du département de psychiatrie et de neurosciences de l'Université Laval. Bienvenue à vous deux.

Monsieur Sareen, vous avez cinq minutes pour faire votre exposé préliminaire, puis nous passerons directement à la première série de questions. Nous allons d'abord entendre le témoin.

Docteur Sareen, vous avez cinq minutes.

Dr Jitender Sareen (docteur en médecine, Département de psychiatrie, Université du Manitoba): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je vous remercie de me donner l'occasion de m'adresser au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir.

Je tiens à souligner que les campus de l'Université du Manitoba sont situés sur les terres ancestrales des peuples anishinabe, cri, ojicri, dakota et dené, et sur la terre natale de la nation métisse. Nous respectons les traités qui ont été conclus sur ces territoires, nous reconnaissons les torts et les erreurs du passé et nous nous engageons à travailler en partenariat avec les communautés autochtones dans un esprit de réconciliation et de collaboration.

Au regard du sujet à l'étude, je n'ai aucune objection de conscience à l'aide médicale à mourir. Je suis psychiatre pour adultes et j'ai une expérience clinique et une expérience de recherche en prévention du suicide depuis plus de 20 ans, avec plus de 400 publications évaluées par des pairs, dont 150 sur la prévention du suicide.

En 2019, j'ai témoigné au nom du procureur général du Canada dans l'affaire Truchon. J'ai coprésidé le groupe d'experts fédéral de 2016 sur la prévention du suicide dans l'armée avec le Dr Rakesh Jetly.

Aujourd'hui, je représente le département de psychiatrie de l'Université du Manitoba et Soins communs Manitoba. Je suis accompagné du Dr Pierre Gagnon, directeur du département de psychiatrie de l'Université Laval, mais nous représentons également six autres directeurs de départements de psychiatrie dans plusieurs provinces du pays, dont Jack Haggarty, de l'École de médecine du Nord de l'Ontario, Karin Neufeld, de l'Université McMaster, Gustavo Turecki, de McGill, Sarah Noble, de l'Université Memorial, Simon Hatcher, de l'Université d'Ottawa, et Leslie Flynn, de l'Université Queen's. À nous tous, nous avons des décennies d'expérience dans la pratique clinique, dans la recherche sur le suicide et dans la responsabilité de l'éducation et de la formation des psychiatres et des étudiants en médecine.

Nous recommandons instamment de suspendre durablement l'élargissement de l'aide médicale à mourir aux troubles mentaux comme seul problème médical invoqué au Canada, tout simplement parce que nous ne sommes pas prêts. D'après notre expérience, les gens se remettent de longues périodes — par « longues », il faut comprendre des décennies — de dépression, d'anxiété, de schizophrénie et de toxicomanie grâce à des traitements fondés sur des données probantes. Nous sommes convaincus que l'accès à l'aide médicale à mourir en raison de troubles mentaux entraînera des décès inutiles au Canada et nuira aux efforts de prévention du suicide. Le rôle des médecins est de donner de l'espoir, et non d'acheminer les patients vers la mort.

Nous avons examiné attentivement le modèle de norme établi par Santé Canada en 2023 pour l'AMM. En septembre 2023, nous avons écrit aux ministres fédéraux pour leur faire part des préoccupations suivantes. La norme n'exige pas la participation d'un psychiatre au processus d'évaluation applicable à l'aide médicale à mourir en raison de troubles mentaux. Il n'existe aucune définition internationale ou reconnue de l'irrémédiabilité des troubles mentaux et de la toxicomanie. On peut bien examiner les traitements antérieurs, mais la question la plus importante est de savoir ce qui va se passer dans l'avenir. Il n'existe pas de définition opérationnelle reconnue pour différencier les idées suicidaires des demandes d'aide médicale à mourir chez les personnes qui ne sont pas mourantes. Les mesures de protection sont insuffisantes pour protéger les groupes vulnérables touchés de façon disproportionnée par les troubles mentaux. Compte tenu des obstacles géographiques, les patients des régions mal desservies seront plus susceptibles d'obtenir l'AMM plutôt que des soins fondés sur des données probantes. L'expérience internationale atteste clairement que l'aide médicale à mourir est utilisée dans des cas de troubles mentaux communs et traitables et qu'elle n'est pas réservée aux cas très rares et réfractaires. La norme de Santé Canada ne donne pas de directives aux psychiatres sur le nombre d'essais de traitement exigibles avant de recommander l'aide médicale à mourir, parce qu'il n'y a pas de données probantes à cet égard.

Les partisans de l'aide médicale à mourir estiment qu'il est discriminatoire d'exclure les personnes atteintes de troubles mentaux de l'accès à l'AMM, mais nous ne sommes pas du tout d'accord. L'équité ne signifie pas que chaque personne doive recevoir le même traitement. Contrairement aux conditions physiques qui déclenchent les demandes d'AMM, nous ne comprenons pas le fondement biologique des troubles mentaux et de la toxicomanie, mais nous savons que ces troubles peuvent être résorbés au fil du temps. La véritable discrimination et le manque d'équité consistent à ne pas fournir des soins aux personnes atteintes de troubles mentaux et de toxicomanie.

Les partisans de l'élargissement de l'AMM suggèrent que seul un petit nombre de psychiatres devraient être formés pour se préparer à l'AMM en 2024. Là non plus, nous ne sommes pas d'accord. Si l'admissibilité à l'AMM est élargie, tous les psychiatres canadiens devront s'interroger sur la façon de traiter les idées suicidaires dans le contexte de la maladie mentale. Ils devront déterminer quand aiguiller les patients vers l'AMM plutôt que de traiter les idées suicidaires au moyen de médicaments, de traitements et parfois d'une hospitalisation forcée.

● (2050)

Des sondages répétés au Canada montrent que la plupart des psychiatres ne sont pas en faveur de l'AMM. Quant à l'Association canadienne pour la santé mentale et à l'Association canadienne pour la prévention du suicide, elles s'opposent à l'élargissement de l'AMM aux troubles mentaux. Enfin...

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

Dr Jitender Sareen: Puis-je terminer?

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Vous pouvez terminer par une dernière déclaration, oui.

Dr Jitender Sareen: Enfin, nous avons examiné les arrêts Carter et Truchon et nous faisons remarquer que les troubles mentaux n'ont pas été testés dans ces cas. Après un débat approfondi, l'Assemblée nationale du Québec a décidé de ne pas étendre l'AMM aux troubles mentaux. Nous estimons que le Canada devrait suivre son exemple et ne pas étendre l'AMM aux troubles mentaux.

Merci.

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

Nous allons commencer par Mme Shelby Kramp-Neuman.

Mme Shelby Kramp-Neuman: Merci.

Merci de votre témoignage de ce soir, docteur Sareen.

On nous a assuré qu'un très petit nombre de patients seraient admissibles à l'AMM en raison d'une maladie mentale. N'est-ce pas vrai?

Dr Jitender Sareen: Ce n'est pas vrai du tout. Beaucoup de gens souffrent de dépression résistant au traitement ou de schizophrénie résistant au traitement, et la norme de Santé Canada n'exige pas de traitement. La norme envisage un traitement, mais il n'est pas strictement obligatoire. C'est vraiment un problème majeur, et nous avons beaucoup de preuves provenant d'autres pays également selon lesquelles les demandes et l'accès se multiplieront puisque nos lois n'empêchent pas les gens d'avoir accès à l'AMM sans passer par un certain nombre de traitements.

Mme Shelby Kramp-Neuman: Merci.

On nous a également assuré que les gens n'obtiendront l'AMM en raison d'une maladie mentale que s'ils ont suivi des traitements pendant des années, et pourtant, je ne suis au courant d'aucune mesure de protection qui l'exigerait. Si l'AMM est élargie en mars 2024 pour inclure les problèmes de santé mentale, est-il vrai que seules les personnes ayant de longs antécédents de traitement y seront admissibles, ou est-ce que les Canadiens pourraient obtenir de l'aide au suicide en raison d'une maladie mentale s'ils n'ont pas encore eu accès aux traitements habituels ou ne les ont pas essayés?

Dr Jitender Sareen: C'est exactement ce qui nous préoccupe au sujet de la norme. On ne dit pas que la personne doit suivre un traitement. C'est encouragé, mais ce n'est pas obligatoire.

L'idée d'une personne qui a raisonnablement réfléchi au suicide et à l'AMM est plus préoccupante, du point de vue du risque de suicide, que la situation d'une personne en crise. Certains des témoignages précédents portaient sur la question de savoir si quelqu'un avait planifié son projet très soigneusement. Ce ne serait pas du suicide, mais de l'AMM. Comme chercheur en prévention du suicide et comme clinicien, je suis beaucoup plus préoccupé par une personne qui a longtemps réfléchi au suicide et l'a planifié que par une personne en crise. Les deux sont à risque.

● (2055)

Mme Shelby Kramp-Neuman: Merci.

On nous a également assuré que les psychiatres sont formés et savent comment distinguer les idées suicidaires attribuables à la maladie mentale des demandes d'AMM psychiatrique, et que les personnes suicidaires n'obtiendront pas d'AMM. À votre avis, est-ce vrai?

Dr Jitender Sareen: C'est faux, parce qu'il n'y a pas de définition opérationnelle claire qui permette de faire la différence entre quelqu'un qui demande l'AMM et quelqu'un qui veut se suicider alors qu'il n'est pas mourant. C'est ce qui fait la différence à l'échelle internationale. Si quelqu'un est mourant, on peut considérer qu'il s'agit d'une demande d'AMM. Si ce n'est pas le cas, on parle de suicide. C'est très difficile, et il n'y a pas de définition opérationnelle.

Mme Shelby Kramp-Neuman: Merci.

L'an dernier, l'Association of Chairs of Psychiatry in Canada a écrit au gouvernement pour lui demander de reporter l'élargissement de l'AMM aux troubles mentaux en invoquant un manque flagrant de préparation. Parmi les questions soulevées, il y avait le manque de certitude quant à la détermination de l'irrémédiabilité d'une maladie mentale et l'impossibilité pratique de distinguer entre une demande d'AMM et des idées suicidaires.

Ma première question est la suivante: sommes-nous en meilleure posture aujourd'hui qu'il y a un an du point de vue de la possibilité de déterminer l'irrémédiabilité de façon sûre?

Dr Jitender Sareen: Rien n'a changé depuis un an.

Mme Shelby Kramp-Neuman: Malheureusement. À votre connaissance, existe-t-il des directives valables sur la façon de distinguer une demande d'AMM d'une demande de suicide? La situation a-t-elle changé d'une année à l'autre?

Dr Jitender Sareen: Non. Nous avons examiné attentivement la norme. Je rappelle encore une fois que nous, psychiatres, qui offrons de l'éducation et de la formation, nous pensons qu'il n'y a pas de différenciation, à l'heure actuelle, entre une demande d'AMM et une demande de suicide.

Mme Shelby Kramp-Neuman: Pensez-vous qu'il y a consensus, parmi les psychiatres, en faveur de l'AMM pour troubles mentaux?

Dr Jitender Sareen: De nombreux sondages ont été faits à ce sujet. Nous avons été parmi les premiers à faire ce genre d'enquête en 2017. La plupart des sondages attestent que la majorité des psychiatres sont contre l'AMM pour troubles mentaux, et ce en raison de tous les facteurs dont nous avons parlé, comme l'absence de directives sur l'irrémédiabilité. La notion d'irrémédiabilité telle qu'elle vous a été présentée dans les témoignages était liée au nombre d'essais de traitement par lesquels une personne était passée durant un certain nombre d'années.

Je peux vous raconter l'histoire d'une patiente que j'ai traitée...

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Je suis désolée, docteur Sareen. Les cinq minutes sont écoulées. Merci beaucoup.

C'est au tour de M. Maloney.

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

Docteur, je vais reprendre là où ma collègue s'est arrêtée.

À mon avis, la question de l'état de préparation est liée à la détermination de l'irrémédiabilité de la maladie. Si 10 médecins examinent un patient atteint d'un cancer du poumon en phase terminale, ils seront tous d'accord pour dire que la situation ne va pas s'améliorer. Mais, si 10 psychiatres examinent une personne atteinte d'un trouble mental, vous aurez des opinions différentes.

Êtes-vous d'accord?

Dr Jitender Sareen: Absolument.

M. James Maloney: Certaines de ces opinions ne portent pas sur la gravité de l'état du patient. Dans certains cas, il s'agit de savoir s'il peut guérir ou si son état peut s'améliorer. N'est-ce pas?

Dr Jitender Sareen: Exactement.

M. James Maloney: C'est le noyau de la question.

Croyez-vous, docteur, qu'il y ait des cas de personnes souffrant de troubles mentaux irrémédiables?

Je vais reformuler ma question. La raison pour laquelle je la pose est qu'il s'agit de savoir de quels cas on parle. Je ne suis pas certain que nous en soyons à l'étape où des mesures de protection permettraient de circonscrire les cas où 10 médecins sur 10 diraient que c'est irrémédiable.

Je crois que c'est une façon plus juste de présenter les choses.

Dr Jitender Sareen: En effet.

Je l'ai constaté personnellement. L'histoire que j'allais vous raconter est celle d'une de mes patientes dans la soixantaine, atteinte de symptômes du TOC liés à un accident vasculaire cérébral. Je l'ai traitée pendant deux ou trois ans à l'aide de différents types de médicaments. Nous avons essayé les électrochocs, et nous avons pu l'aider à se sentir mieux au bout de cinq ans. Elle a encore vécu 10 ou 15 ans, et c'est la COVID-19 qui l'a emportée.

Nous n'avons pas de données scientifiques. Comme vous l'avez dit, quand on a le cancer, c'est la biologie physique qui mène à la mort. Dans le cas des troubles mentaux, il n'y a pas de facteur biologique. C'est là qu'il est impossible de définir l'irrémédiabilité.

● (2100)

M. James Maloney: Je pense que vous avez déjà répondu à cette question. Vous avez lu la définition de « incurable » dans la norme de pratique modèle — bien que nous ne l'ayons pas vue. Il me semble que vous avez dit clairement que, selon vous, le texte n'est pas assez fort.

Dr Jitender Sareen: Oui, c'est exact.

M. James Maloney: Le texte est peut-être assez fort pour protéger un médecin dans un contexte juridique, mais pas assez pour éliminer tous les problèmes du point de vue médical. Est-ce qu'on peut le dire comme cela?

Dr Jitender Sareen: Tout à fait.

M. James Maloney: Avez-vous examiné ou pris... Je pense que c'est le module sept de la norme de pratique en santé mentale. L'avez-vous examiné?

Dr Jitender Sareen: Je me suis inscrit pour l'examiner en prévision de cette réunion, mais je ne l'ai pas encore fait.

M. James Maloney: Êtes-vous au courant de son contenu général? Savez-vous quel est le programme, si je peux m'exprimer ainsi?

Dr Jitender Sareen: Non. Je ne l'ai pas examiné dans le détail.

M. James Maloney: Avez-vous parlé à d'autres praticiens ou psychiatres qui l'ont examiné et qui vous auraient dit si, à leur avis, il était suffisant ou non?

Dr Jitender Sareen: Dans ma province, le Manitoba, à ma connaissance, aucun psychiatre ne l'a fait.

J'ai un psychiatre qui fait partie de l'équipe de l'aide médicale à mourir. Il s'est rendu à la réunion de juin et il était très préoccupé par le manque de sécurité entourant l'AMM pour troubles mentaux. Il s'inquiétait du fait que les cas considérés comme des coups sûrs pour l'AMM étaient tout à fait traitables, surtout chez des adultes plus âgés.

Ce que j'entends, c'est qu'il y a beaucoup d'inquiétude à ce sujet.

M. James Maloney: Vous avez dit aujourd'hui que vous vous exprimiez non seulement au nom de votre collègue, le Dr Gagnon, qui est avec nous aujourd'hui, mais aussi au nom de six autres médecins de six autres établissements. Comment votre groupe s'est-il constitué?

Au cas où je manquerais de temps par la suite, ma dernière question est la suivante: pourrons-nous un jour être prêts?

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Il vous reste environ 40 secondes.

Dr Jitender Sareen: Nous faisons partie de l'Association of Chairs of Psychiatry. Nous sommes huit présidents de département sur les 17 facultés de médecine. C'est ainsi que nous avons convergé.

Je ne pense pas que les données dont on dispose actuellement soient suffisamment claires pour nous permettre d'être prêts dans un proche avenir.

M. James Maloney: Merci, docteur.

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

C'est au tour de M. Thériault, pour cinq minutes.

[*Français*]

M. Luc Thériault: Merci, madame la présidente.

Docteur Sareen, depuis combien de temps pratiquez-vous la psychiatrie?

[*Traduction*]

Dr Jitender Sareen: J'ai besoin de l'interprétation, à moins que M. Gagnon puisse répondre.

[*Français*]

M. Luc Thériault: Choisissez le canal d'interprétation, s'il vous plaît.

Madame la présidente, il faudrait peut-être lui indiquer qu'il y a un canal d'interprétation.

[*Traduction*]

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Il y a un canal d'interprétation au bas de votre écran. Vous pouvez sélectionner l'option anglais.

Dr Jitender Sareen: D'accord, j'ai compris.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Monsieur Thériault, vous pouvez recommencer.

[*Français*]

M. Luc Thériault: Merci.

Ma question était simple: depuis combien d'années pratiquez-vous la psychiatrie?

[*Traduction*]

Dr Jitender Sareen: J'ai obtenu ma licence en 2000, donc il y a 23 ans.

[*Français*]

M. Luc Thériault: D'accord.

Après 23 ans de pratique clinique, certains de vos patients sont-ils encore avec vous?

● (2105)

[*Traduction*]

Dr Jitender Sareen: J'ai eu des patients qui sont morts par suicide ou en raison d'autres causes.

[*Français*]

M. Luc Thériault: D'accord.

Pour vous, il n'existe pas de maladie ou de trouble mental incurable ou irrémédiable.

[*Traduction*]

Dr Jitender Sareen: Les troubles mentaux ne sont pas irrémédiables, en ce sens que la pratique axée sur le rétablissement... Les gens ont des handicaps et des dépressions, mais il y a toujours... Le désir de mort s'estompe avec le temps.

Nous travaillons avec les patients...

[*Français*]

M. Luc Thériault: Excusez-moi de vous interrompre. Je veux savoir si vous avez soigné un patient dont le trouble mental était incurable et était devenu chronique.

N'avez-vous jamais eu de patient atteint d'une maladie chronique dans le cadre de votre pratique clinique?

[*Traduction*]

Dr Jitender Sareen: Oui, j'ai eu un patient chronique.

[*Français*]

M. Luc Thériault: D'accord.

J'imagine que ces patients avaient des degrés plus ou moins élevés de souffrance. Vous avez dit que certains s'étaient suicidés, n'est-ce pas?

[*Traduction*]

Dr Jitender Sareen: Oui.

[*Français*]

M. Luc Thériault: D'accord.

Comment expliquez-vous cela?

[*Traduction*]

Dr Jitender Sareen: Me demandez-vous d'expliquer comment certaines personnes sont mortes par suicide?

[*Français*]

M. Luc Thériault: Lorsqu'une personne qui est prise en charge pendant une longue période en raison d'une maladie chronique décide de se suicider, considérez-vous qu'il s'agit d'un échec de votre thérapie, ou considérez-vous que vous ne pouviez rien y faire?

En ce sens, ne trouvez-vous pas que certaines personnes, rendues à l'étape de votre patient — j'imagine que vous êtes un excellent psychiatre —, plutôt que de se suicider, auraient préféré choisir l'aide médicale à mourir?

Si oui, à la lumière de ce que vous avez vécu, n'aurait-il pas été préférable que ces gens aient accès à l'aide médicale à mourir plutôt que d'être amenés à se suicider après des années de traitement avec vous?

C'est une question simple.

[*Traduction*]

Dr Jitender Sareen: Monsieur, c'est tous les jours que nous admettons des patients à l'hôpital avec exactement ce que vous décrivez. Ce que vous soulignez, monsieur, est exactement ce que nous faisons dans notre pratique psychiatrique. Nous accueillons tous les jours des gens qui souffrent depuis des années, qui pensent à mourir et qui font appel à leur psychiatre.

[*Français*]

M. Luc Thériault: J'ai une dernière question à vous poser, docteur Sareen.

Dans certains cas, ne considérez-vous que, tout ce que la psychiatrie a à offrir à des patients qui souffrent de troubles mentaux chroniques, ce sont des soins palliatifs *ad vitam æternam*?

[*Traduction*]

Dr Jitender Sareen: Vous dites que l'AMM et le suicide sont une seule et même chose. N'est-ce pas?

C'est exactement la raison pour laquelle nous disons que tous les psychiatres du pays doivent comprendre, quand quelqu'un se présente avec des idées suicidaires, s'il faut l'acheminer vers l'AMM ou l'admettre à l'hôpital.

[*Français*]

M. Luc Thériault: L'état suicidaire est toutefois réversible, n'est-ce pas?

[*Traduction*]

Dr Jitender Sareen: Je ne comprends pas votre question, monsieur.

[*Français*]

M. Luc Thériault: L'état suicidaire est réversible et il se traite. Un patient dont l'état est réversible ne doit donc pas avoir accès à l'aide médicale à mourir. C'est quand son état est irréversible qu'il ne se traite pas.

J'imagine qu'on a cette certitude après des années de soins, de thérapie et de pratiques exemplaires.

[*Traduction*]

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

Nous allons passer à M. MacGregor pour les cinq prochaines minutes.

M. Alistair MacGregor: Merci beaucoup, madame la présidente.

Docteur Sareen, nous ne pouvons pas rediscuter du changement apporté à la loi. C'est déjà fait, et le Parlement a récemment donné son avis. Notre champ d'action est très étroit.

Il me semble vous avoir entendu dire dans votre exposé préliminaire que vous recommandiez une « suspension durable » de l'entrée en vigueur de la loi. Pourriez-vous préciser? Qu'entendez-vous par « suspension durable »?

● (2110)

Dr Jitender Sareen: Cela signifie que nous ne serons pas prêts dans un an. Certaines de ces questions sont très compliquées, et nous ne pensons pas qu'elles seront réglées d'ici un an — je parle de la question de l'irrémédiabilité et de la distinction entre suicide et AMM. C'est pourquoi nous demandons une suspension durable.

C'est ce que le gouvernement du Québec a fait. Il a examiné la question de très près et a constaté qu'il n'y a pas de directive permettant de déterminer que, effectivement, le sujet a suivi plusieurs années de traitement et qu'elle ne va pas se rétablir.

M. Alistair MacGregor: Merci.

Concrètement, le Comité doit déposer un rapport d'ici le 31 janvier. S'agirait-il d'une suspension de deux ou trois ans? Avez-vous un délai que le Comité devrait recommander?

Dr Jitender Sareen: Nous recommandons une suspension indéfinie.

M. Alistair MacGregor: Je vois.

Dr Jitender Sareen: Les personnes atteintes de troubles mentaux dans la voie 2 y ont toujours accès, mais c'est vraiment lié à des problèmes de santé physique.

Notre groupe estime que la suspension devrait être indéfinie.

M. Alistair MacGregor: Je fais appel à votre expertise auprès des patients que vous traitez. Supposons qu'une personne demande l'AMM en raison de troubles mentaux comme seul problème médical invoqué. Étant donné que sa mort n'est pas raisonnablement prévisible, elle passera par le processus de la voie 2.

Il faut évidemment l'avis de deux professionnels. Si un praticien a de la difficulté à déterminer s'il s'agit d'une demande légitime d'AMM ou de la manifestation d'idées suicidaires, est-ce que l'obligation de faire appel à un autre professionnel ne vous rassure pas un peu puisqu'il faudrait que deux professionnels arrivent à la même conclusion?

Dr Jitender Sareen: Cela revient à l'idée qu'il n'y a pas de pratique clinique ni de directives pour faire la distinction.

Je suis non seulement le chef du département, mais aussi le responsable de Soins communs. Nous avons travaillé au Manitoba avec notre équipe de l'AMM et notre ordre professionnel pour essayer d'établir des critères. Selon l'ordre et l'équipe de l'AMM, il faudrait demander à un psychiatre à quel moment il estimerait qu'il est temps d'accorder l'AMM plutôt que de donner un traitement. Il n'y a pas de données probantes pour nous guider à cet égard.

Il peut y avoir deux opinions, mais, s'il n'y a pas de preuve tangible, on décide simplement de fournir l'AMM plutôt que le traitement.

M. Alistair MacGregor: Très bien. Merci beaucoup.

Je vais m'arrêter ici.

[*Français*]

Le coprésident (M. René Arseneault): Merci, monsieur MacGregor.

Merci, docteur Sareen.

Les prochaines questions seront posées par les sénatrices et les sénateurs.

Docteure Mégie, vous disposez de trois minutes.

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

Docteur Sareen, je n'ai qu'une brève question à vous poser.

Dans votre allocution d'ouverture, vous avez mentionné qu'il y aura beaucoup de morts inutiles si l'aide médicale à mourir devient possible.

D'après vous, la disponibilité de l'aide médicale à mourir est-elle la même chose que l'admissibilité d'une personne à l'aide médicale à mourir?

[*Traduction*]

Dr Jitender Sareen: Non, ce n'est pas ainsi que je vois les choses. L'important, c'est la contagion du suicide. Quand une société offre l'AMM, la population croit que c'est un moyen de mettre fin à la souffrance. Dans d'autres pays où l'AMM est possible pour les troubles mentaux, il y a non seulement des décès attribuables à cette procédure, mais il y a aussi des décès attribuables à des suicides non liés à l'AMM.

Je tiens à souligner qu'il ne s'agit pas d'un mécanisme de prévention du suicide. C'est vraiment un moyen... On va non seulement faire augmenter le nombre de décès par suicide, mais aussi le nombre de décès liés à l'AMM.

Je rappelle qu'il y a beaucoup de maladies mentales et de dépendances non traitées dans notre société et qu'il faudrait consacrer beaucoup plus d'énergie à essayer de donner aux gens des soins fondés sur des données probantes plutôt que d'accorder autant d'importance à l'AMM. Des témoignages attestent que des gens de la Colombie-Britannique se sont présentés aux services d'urgence et que quelqu'un leur a demandé s'ils avaient songé à l'AMM. On a demandé à des anciens combattants s'ils n'aimaient pas mieux l'AMM qu'un fauteuil roulant.

Il faut vraiment réfléchir aux conséquences imprévues de l'accès à l'AMM pour troubles mentaux au Canada, et ces mesures de protection ne sont que de fausses garanties.

En fait, nous ne sommes pas d'accord pour aller plus loin à ce stade.

● (2115)

[*Français*]

L'hon. Marie-Françoise Mégie: Me reste-t-il du temps de parole?

Le coprésident (M. René Arseneault): Il vous reste 30 secondes.

L'hon. Marie-Françoise Mégie: Si je comprends bien, vous faites quand même confiance à vos collègues pour évaluer le risque de suicide. Or, il est déjà écrit noir sur blanc qu'une personne en état de crise suicidaire n'est pas admissible à l'aide médicale à mourir. C'est écrit. On le répète partout.

Que pensez-vous des gens qui offrent l'aide médicale à mourir à une personne en état de crise? Y a-t-il moyen d'enrayer cela? Ce n'est pas de la bonne médecine et ce n'est pas de l'aide médicale à mourir.

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

Monsieur Sareen, vous avez 10 secondes pour répondre.

[*Traduction*]

Dr Jitender Sareen: Je tiens à rappeler que je ne m'oppose pas à l'AMM en raison d'une maladie physique ou quand les gens sont mourants. On parle ici de l'AMM pour troubles mentaux comme seul problème médical invoqué, et il n'y a aucune preuve permettant de distinguer une demande d'AMM d'une demande de suicide. Que cela ait été planifié...

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

Sénatrice Wallin, vous avez la parole pour trois minutes.

L'hon. Pamela Wallin: Je n'ai qu'un commentaire pour commencer. Vous avez dit et répété qu'il n'y a pas encore de données probantes concernant l'AMM pour troubles mentaux. Je tiens à dire, aux fins du compte rendu, qu'il ne peut évidemment pas y en avoir. Ce n'est pas encore réglementé, et il est donc difficile de recueillir des données et des renseignements sur une pratique qui n'existe pas.

J'ai deux questions à vous poser. Je vais les poser toutes les deux, puis vous pourrez y répondre.

Qui représentez-vous exactement? Avez-vous consulté tous les psychiatres de vos départements, de vos hôpitaux ou de vos universités, ou vos directeurs de département? L'avez-vous fait?

Deuxièmement, pourriez-vous nous donner une définition juridique ou médicale, clinique, de la notion d'« incitation au suicide »? Est-ce un fait médical? Est-ce un concept juridique? Qu'est-ce que cela signifie?

Dr Jitender Sareen: J'ai consulté mon département de psychiatrie l'an dernier. Nous avons fait un sondage. Je représente le département de psychiatrie de l'Université du Manitoba et Soins communs. Mes collègues sont des directeurs de département et ils sont représentés individuellement. Ils sont en mesure d'essayer d'utiliser ces renseignements et offrir de l'éducation et de la formation.

L'hon. Pamela Wallin: Au nom de combien de personnes parlez-vous exactement?

Dr Jitender Sareen: Je parle au nom de 150 psychiatres du Manitoba.

L'hon. Pamela Wallin: Sont-ils tous d'accord avec votre point de vue?

Dr Jitender Sareen: La majorité d'entre eux, oui.

L'hon. Pamela Wallin: Quel serait leur nombre?

Dr Jitender Sareen: Probablement près de 120.

L'hon. Pamela Wallin: Combien y a-t-il de psychiatres au Manitoba?

Dr Jitender Sareen: Environ 150. En fait, il y en a plus que cela. Je parle seulement de mon département.

● (2120)

L'hon. Pamela Wallin: C'est ce que je pensais.

Vous pourriez peut-être répondre à l'autre question, à savoir si l'incitation au suicide est un concept juridique ou un fait clinique reconnu.

Dr Jitender Sareen: Les effets incitatifs du suicide... Quand une célébrité se suicide... On a beaucoup de preuves tangibles à cet égard. J'ai participé à la rédaction des lignes directrices de l'Association des psychiatres du Canada sur l'incitation au suicide dans les médias en 2008. C'est mondial.

En matière de prévention du suicide...

L'hon. Pamela Wallin: Non, non. Est-ce que c'est un concept juridique ou un fait clinique?

On peut évidemment lire dans le journal en ligne qu'il y a des imitateurs, mais c'est différent.

Dr Jitender Sareen: On a des preuves tangibles que, dans de petites collectivités, il existe des effets d'incitation au suicide, c'est-à-dire que plusieurs personnes sont décédées en raison du décès d'une autre. Cela a été...

L'hon. Pamela Wallin: Pensez-vous que ce serait une condition dans le contexte de l'AMM?

Dr Jitender Sareen: Je crois que oui.

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

La dernière question sera posée par M. Ravalia.

Vous avez trois minutes, monsieur.

L'hon. Mohamed-Iqbal Ravalia: Merci, monsieur le président.

Merci de votre témoignage, docteur Sareen.

Je suis simplement curieux. Vous êtes sept des 17 directeurs de département à avoir fait cette déclaration. En avez-vous discuté avec les 10 autres qui représentent des associations de psychiatres pour connaître leur point de vue?

Dr Jitender Sareen: Les témoignages d'aujourd'hui proviennent de huit directeurs de département sur 16. L'un des départements n'a pas de directeur.

Oui, nous avons beaucoup discuté de cette question. Diverses raisons d'ordre politique expliquent que les autres ne soient pas ici, mais ils ont contribué à la déclaration faite l'an dernier, et les questions que nous avions soulevées alors ne sont toujours pas réglées.

L'hon. Mohamed-Iqbal Ravalia: Deux des plus grandes associations de psychiatres au Canada — l'Association des psychiatres du Canada, qui compte environ 2 500 membres, et l'Association des psychiatres du Québec, qui compte environ 1 200 membres — estiment que les personnes atteintes de troubles mentaux devraient avoir les mêmes droits que les personnes souffrant d'autres problèmes de santé. Pourriez-vous nous dire ce que vous en pensez?

Dr Jitender Sareen: Je voudrais simplement ajouter que, quand l'Association des psychiatres du Canada a témoigné il y a deux semaines, son représentant a dit que l'Association n'appuyait pas entièrement l'AMM. Il a parlé d'équité, mais nous avons précisé dans nos commentaires que l'équité ne signifie pas un traitement égal. La majorité des sondages attestent que les psychiatres dans leur majorité ne sont pas en faveur de l'AMM pour troubles mentaux.

L'hon. Mohamed-Iqbal Ravalia: J'aimerais que vous parliez des 2 % de psychiatres et des 2 % d'autres cliniciens, dont des médecins et des infirmières praticiennes, qui se sont inscrits et ont terminé le module sept des normes nationales et qui sont maintenant prêts à étudier la question de l'AMM pour les personnes atteintes de maladie mentale.

Dr Jitender Sareen: Cette question est controversée. Ce que nous essayons de fournir ici, ce sont des données scientifiques sur la détermination et la distinction du suicide par opposition à l'AMM, et sur l'irrémédiabilité. Nous ne sommes pas d'accord avec l'idée que les personnes atteintes de maladie mentale devraient avoir accès à l'AMM quand il existe des traitements susceptibles de les aider à se rétablir.

L'hon. Mohamed-Iqbal Ravalia: Des témoins experts nous ont dit que les idées suicidaires sont, en fait, un critère d'exclusion évident pour les personnes qui demandent l'AMM et que ces évaluations sont intenses et approfondies, multifactorielles et prennent souvent beaucoup de temps.

Dans votre propre pratique, avez-vous déjà rencontré une situation clinique où vous avez tout essayé dans le cadre des normes de base actuelles et où vous n'avez pas pu fournir de traitement responsable pour améliorer l'état de santé mental du sujet?

Dr Jitender Sareen: Il y a des cas difficiles, mais il s'agit de s'asseoir avec la personne déprimée et désespérée et de l'aider à se rétablir.

[*Français*]

Le coprésident (M. René Arseneault): Je donne maintenant la parole à la sénatrice Martin.

[*Traduction*]

Vous avez la parole pour trois minutes.

● (2125)

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

Docteur Sareen, la psychiatrie est un domaine et une pratique très spécialisés, mais je sais que nous n'avons pas assez de ces spécialistes à l'échelle du pays, et c'est la raison pour laquelle, me semble-t-il, la norme de Santé Canada n'exige pas que l'évaluateur de l'AMM soit un psychiatre.

Qu'en pensez-vous?

Dr Jitender Sareen: Cela nous inquiète beaucoup parce que les psychiatres jouent un rôle extrêmement important dans l'évaluation des tendances suicidaires, de la dépression et des traitements. Même dans le cas de la toxicomanie, les gens souffrent souvent d'un trouble mental sous-jacent, comme le trouble de stress post-traumatique ou la dépression, et on risque de passer à côté. Les psychiatres participent également à des traitements de deuxième et de troisième niveaux, au-delà de la médication. Nous sommes donc très inquiets.

Prenons l'exemple d'une personne ayant une tumeur au cerveau. On a peu de neurochirurgiens, mais il faut qu'un neurochirurgien prenne le temps de participer à l'évaluation.

Nous sommes convaincus que les psychiatres doivent faire partie du processus d'évaluation.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Vous n'avez pas vu le module sept de l'ACEPA, le module de formation. N'est-ce pas?

M. Jitender Sareen: Non.

La coprésidente (l'hon. Yonah Martin): Je serais curieuse de connaître votre point de vue de psychiatre. Jesuppose que des psychiatres spécialistes ont participé à son élaboration. Mais vous ne l'avez pas vu.

Puis-je poser une question à M. Gagnon? La question est simple: y a-t-il consensus parmi les psychiatres du Québec pour dire que nous sommes prêts à offrir l'AMM aux personnes atteintes de maladie mentale?

[*Français*]

Dr Pierre Gagnon (directeur du Département de psychiatrie et de neurosciences, Université Laval, à titre personnel): Si cela vous convient, je vais répondre en français.

Non, il n'y a pas de consensus. C'est la raison pour laquelle l'Assemblée nationale du Québec a décidé de rejeter l'élargissement de l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes dont le seul problème médical est un trouble mental. On a eu tous ces débats et, évidemment, l'Association des médecins psychiatres du Québec a témoigné, entre autres.

Ce que le Dr Sareen vient de dire est tout à fait vrai, et cela a été répété au Québec aussi. On ne peut pas aller dans cette direction présentement. Nous ne sommes pas prêts. C'est pour cela que l'Assemblée nationale du Québec a décidé de ne même pas inscrire cela à son programme. C'est trop compliqué. Il y a de la controverse chez les patients, dans les familles, dans la population, chez les psychiatres, chez les politiciens, etc.

C'est un sujet qui demande une longue étude. C'est ce que voulait dire le Dr Sareen en mentionnant que nous demandons un report indéfini de cette mesure, parce que c'est extrêmement complexe et cela crée de la controverse sur tous les plans.

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

Je remercie tous les témoins.

À la demande des coprésidents, nous allons poursuivre à huis clos pour discuter très rapidement des affaires du Comité, puisqu'il nous reste peu de temps.

Monsieur Cooper, vous avez la parole.

[*Traduction*]

M. Michael Cooper: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je voudrais proposer une motion pour que le Comité ordonne la production immédiate du module sept du programme de formation de l'ACEPA intitulé « AMM et troubles mentaux ».

Permettez-moi de commenter très brièvement la motion que je viens de présenter.

On a souvent invité le Comité à faire confiance au programme de l'ACEPA, en nous disant qu'il est solide et que nous pouvons avoir l'assurance que la formation est de la plus haute qualité possible. La question fondamentale est en l'occurrence celle de l'irrémédiabilité, de la capacité de prédire avec exactitude l'irrémédiabilité et de la distinction entre une demande rationnelle d'AMM et des idées suicidaires.

J'ai demandé à trois reprises à l'ACEPA de fournir les critères de son programme de formation. Elle ne l'a pas fait. Elle ne l'a pas fait non plus quand le sénateur Martin a fait un suivi. On nous a dit que c'était très compliqué et que c'était du cas par cas. C'est exactement ce qu'a dit le groupe d'experts, et c'est précisément la raison pour laquelle les directeurs de départements psychiatriques ont écrit une lettre demandant au gouvernement de retarder la mise en œuvre de l'AMM pour troubles mentaux, dont l'application serait entrée en vigueur en mars 2023. Il est très décevant de constater que, quand on demande à l'ACEPA de fournir son programme de formation au Comité, elle oppose de la résistance.

Monsieur le président, le Comité permanent a le pouvoir d'exiger la production de documents. À moins que l'ACEPA puisse invoquer une disposition réglementaire précise qui l'empêcherait de fournir cette information au Comité, elle sera dans l'obligation d'obtempérer si le Comité adopte la motion, faute de quoi elle se rendra coupable d'outrage au Parlement.

Compte tenu de la gravité des enjeux et de la mesure dans laquelle ce programme de formation sert de justification à la mise en œuvre de l'AMM pour troubles mentaux, l'ACEPA a l'obligation de fournir ce programme au Comité. Cela ne devrait pas être un grand secret.

● (2130)

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

Sénatrice Wallin, allez-y.

L'hon. Pamela Wallin: Je ne pense pas que ce soit un secret. Je pense que c'est le fonctionnement d'un organisme professionnel, et je proposerais donc un amendement pour préciser que ces documents ne seront examinés qu'à huis clos et qu'ils ne seront pas accessibles au grand public.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Il y a un amendement à votre motion.

M. Michael Cooper: Je ne l'appuie pas, mais elle a tout à fait le droit de proposer l'amendement.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): La sénatrice Wallin a proposé un amendement à la motion pour que la séance se tienne à huis clos et que le document ne soit pas accessible au public.

Êtes-vous d'accord ou avons-nous besoin d'un vote par appel nominal?

M. James Maloney: Puis-je faire un commentaire?

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Oui, monsieur Maloney.

M. James Maloney: Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de trop compliquer les choses. Je suis d'accord avec M. Cooper, mais je suis aussi d'accord avec la sénatrice Wallin. Je pense qu'il est important que nous ayons accès au document — dans la mesure où il existe un document ou peu importe —, mais il se peut très bien qu'il y ait des raisons légitimes de ne pas le rendre public. Je ne sais pas s'il y a une raison quelconque, mais nous devrions faire preuve de prudence au cas où il y en aurait une, plutôt que d'y aller à l'aveuglette.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Monsieur Cooper, êtes-vous d'accord?

M. James Maloney: Nous sommes tous d'accord. Je veux simplement éviter d'y aller à l'aveuglette. C'est tout.

L'hon. Pamela Wallin: Sommes-nous d'accord sur l'amendement, dans ce cas?

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Allez-y, monsieur Cooper.

M. Michael Cooper: Merci, madame la présidente.

J'hésite un peu à accepter l'amendement proposé par la sénatrice Wallin, mais il me semble que les membres du Comité s'entendent pour demander le programme de formation.

C'est dans cet esprit que j'accepte l'amendement de la sénatrice Wallin.

La coprésidente (L'hon. Yonah Martin): Sommes-nous tous d'accord sur l'amendement à la motion?

(L'amendement est adopté.)

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

L'amendement est adopté. Nous en sommes maintenant à la motion principale.

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

Le coprésident (M. René Arseneault): Nous allons nous réunir à huis clos. La coprésidente a demandé de partager certains renseignements sur les travaux du Comité.

Nous allons suspendre temporairement la séance pour...

Mme Shelby Kramp-Neuman: Puis-je vous demander de rester ouverts?

Le coprésident (M. René Arseneault): C'est pour les travaux du Comité.

L'hon. Pamela Wallin: Pourriez-vous préciser le délai? Le Sénat siège encore, et nous essayons simplement de retourner à notre travail.

Le coprésident (M. René Arseneault): Cela prendra au maximum cinq minutes.

Mme Shelby Kramp-Neuman: Parlez-vous des mémoires ou des délais?

● (2135)

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

Mme Shelby Kramp-Neuman: Nous pourrions probablement procéder rapidement sans passer à huis clos, si cela vous convient.

Le coprésident (M. René Arseneault): Nous allons poursuivre à huis clos. D'accord? Très bien.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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