



PARLEMENT | PARLIAMENT
CANADA

L'AMM ET LES TROUBLES MENTAUX : LE CHEMIN À PARCOURIR

Rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

**Les coprésidents
René Arseneault et l'honorable Yonah Martin**

JANVIER 2024

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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.

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 du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

**L'AMM ET LES TROUBLES MENTAUX :
LE CHEMIN À PARCOURIR**

**Rapport du Comité mixte spécial
sur l'aide médicale à mourir**

**Les coprésidents
René Arseneault et l'hon. Yonah Martin**

JANVIER 2024

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

COMITÉ MIXTE SPÉCIAL SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

COPRÉSIDENT

René Arseneault
L'hon. Yonah Martin

VICE-PRÉSIDENTS

Shelby Kramp-Neuman
Alistair MacGregor
L'hon. Marie-Françoise Mégie
Luc Thériault

MEMBRES REPRÉSENTANT LE SÉNAT

L'hon. Pierre J. Dalphond
L'hon. Stan Kutcher
L'hon. Pamela Wallin

MEMBRES REPRÉSENTANT LA CHAMBRE DES COMMUNES

Michael Cooper
L'hon. Ed Fast
Darren Fisher
Annie Koutrakis
James Maloney
Francis Scarpaleggia

AUTRES SÉNATEURS ET DÉPUTÉS QUI ONT PARTICIPÉ

John Aldag
Charlie Angus
Élisabeth Brière
L'hon. Flordeliz (Gigi) Osler
L'hon. Mohamed-Iqbal Ravalia

GREFFIERS DU COMITÉ

Jean-François Lafleur

Angus Wilson

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Recherche et éducation

Dana Phillips, analyste

Marlisa Tiedemann, analyste

LE COMITÉ MIXTE SPÉCIAL SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

a l'honneur de présenter son

TROISIÈME RAPPORT

Conformément à son ordre de renvoi du Sénat du mardi 24 octobre 2023 et celui de la Chambre des communes du mercredi 18 octobre 2023, le Comité a complété son 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 mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	1
L'AMM ET LES TROUBLES MENTAUX : LE CHEMIN À PARCOURIR.....	3
Introduction.....	3
Contexte	5
État de préparation.....	6
Normes de pratique.....	6
Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir.....	6
Normes provinciales et territoriales en matière d'aide médicale à mourir	9
Des lignes directrices sont nécessaires	9
Formation et perfectionnement professionnel.....	10
Programme canadien de formation sur l'AMM.....	10
Autres initiatives de perfectionnement professionnel et directives à l'intention de la profession.....	11
Surveillance	12
Surveillance par les provinces	12
Le <i>Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir</i> du gouvernement fédéral	12
Préoccupations actuelles	12
Évaluation de l'irrémédiabilité	12
Demandes d'aide médicale à mourir et idées suicidaires : Savoir faire la distinction.....	14
Absence de consensus parmi les professionnels	15
Protection des personnes vulnérables.....	15
Considérations relatives à la <i>Charte</i>	16
Accès à des praticiens formés.....	17
Conclusion	19

ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS.....	21
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	23
OPINION DISSIDENTE DU SÉNATEURS KUTCHER, MÉGIE ET WALLIN.....	25
OPINION DISSIDENTE DU SÉNATEUR DALPHOND	35
OPINION COMPLÉMENTAIRE DU PARTI CONSERVATEUR DU CANADA	45
OPINION COMPLÉMENTAIRE DU BLOC QUÉBÉCOIS.....	57

LISTE DES RECOMMANDATIONS

À l'issue de leurs délibérations, les comités peuvent faire des recommandations à la Chambre des communes ou au gouvernement et les inclure dans leurs rapports. Les recommandations relatives à la présente étude se trouvent énumérées ci-après.

Recommandation 1

CONSIDÉRANT que le Comité constate que le système de santé au Canada n'est pas prêt pour l'aide médicale à mourir lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué (ci-après «AMM TM-SPMI»), il recommande :

- **Que l'AMM TM-SPMI ne soit pas disponible au Canada tant que le ministre de la Santé et le ministre de la Justice ne seront pas d'avis, sur la base des recommandations de leurs ministères respectifs et en consultation avec leur homologues provinciaux et territoriaux et avec les peuples autochtones, qu'elle peut être administrée de manière sécuritaire et adéquate; et**
- **Qu'un an avant la date où l'on prévoit que l'AMM TM-SPMI sera permise, conformément à l'alinéa (a), la Chambre des communes et le Sénat rétablissent le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir afin de vérifier le degré de préparation atteint pour une application sûre et adéquate de l'AMM TM-SPMI. 19**

L'AMM ET LES TROUBLES MENTAUX : LE CHEMIN À PARCOURIR

INTRODUCTION

Au Canada, l'aide médicale à mourir (AMM) est permise depuis 2016, dans la mesure où les critères et conditions juridiques sont respectés. En février 2023, le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (le Comité) a présenté son rapport, *L'aide médicale à mourir au Canada : les choix pour les Canadiens*, qui contient la recommandation suivante¹ :

Recommandation 13

Que, cinq mois avant l'entrée en vigueur de l'admissibilité à l'AMM lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué, un comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir soit rétabli par la Chambre des communes et le Sénat afin de vérifier le degré de préparation atteint pour une application sûre et adéquate de l'AMM (en situation de TM-SPMI). À la suite de cette évaluation, le Comité mixte spécial fera sa recommandation finale à la Chambre des communes et au Sénat.

En octobre 2023, le Comité a été reconstitué conformément à cette recommandation. Les cas où le trouble mental est le seul problème médical invoqué (TM-SPMI) seront ajoutés aux exemptions ouvrant droit à l'AMM au titre du *Code criminel* à compter du 17 mars 2024.

Le Comité a entendu 21 témoins, dont des juristes, des experts en médecine, des praticiens, ainsi que des représentants d'associations professionnelles, d'organisations vouées à la santé mentale, d'organismes de réglementation, de Santé Canada et du ministère de la Justice. Il a également reçu des centaines de contributions écrites, dont des mémoires et des courriels d'opinion, ce qui témoigne de l'intérêt manifeste des Canadiens pour cette question complexe de l'AMM. Le Comité tient à remercier toutes les personnes qui ont partagé leurs vues et leurs expériences en ce qui concerne l'AMM. Les contributions écrites pour lesquelles nous avons la permission des auteurs seront affichées sur le site Web du Comité et seront certainement d'une grande utilité lors

1 Parlement du Canada, Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, [L'aide médicale à mourir au Canada : les choix pour les Canadiens](#), 1^{re} session, 44^e législature, février 2023.

d'études ultérieures sur la question par des comités parlementaires. Le Comité est sincèrement reconnaissant envers tous les participants.

Le mandat du Comité était très spécifique, ce qui transparaît dans le rapport, qui ne propose pas un examen complet de l'AMM au Canada. Le Comité, qui a fondé son rapport et ses recommandations uniquement sur les témoignages, a entendu des vues très divergentes à savoir si le Canada est prêt à offrir l'AMM TM-SPMI. Alors que certains témoins ont affirmé que le pays était définitivement prêt, d'autres ont déclaré que les préparatifs étaient toujours en cours ou encore qu'il était difficile de déterminer si tout serait en place le 17 mars 2024. Enfin, certains croyaient que les conditions nécessaires pour offrir l'AMM TM-SPMI ne seront jamais atteintes.

D'après les informations transmises au Comité, il est clair que les gouvernements, les organismes de réglementation, les associations professionnelles et les praticiens ont travaillé d'arrache-pied pour préparer la voie à l'AMM TM-SPMI et qu'ils ont réalisé des progrès considérables. Le gouvernement fédéral a répondu à l'appel lorsqu'on lui a demandé d'appuyer l'élaboration d'un modèle de norme de pratique et d'un programme de formation accrédité pour les évaluateurs et les prestataires de l'AMM. Au niveau fédéral, des exigences de collecte de données ont été mises en place. Au niveau provincial, le modèle de norme de pratique est en cours d'adoption ou d'adaptation et des travaux concernant l'élaboration de lignes directrices de pratique clinique, des recherches, des activités de perfectionnement professionnel et des mécanismes de surveillance sont en train de se faire.

Néanmoins, le Comité a entendu des témoignages importants indiquant que certaines parties prenantes croient que l'on n'est pas prêt à aller de l'avant avec l'AMM TM-SPMI pour l'instant. Un grand nombre de praticiens ont encore des préoccupations, particulièrement en ce qui concerne les problèmes que posent l'évaluation de l'irrémediabilité, la distinction entre l'AMM TM-SPMI et les pensées suicidaires, et la protection des personnes les plus vulnérables de notre société.

Le Comité s'entend avec bien des témoins pour dire que les personnes atteintes de troubles mentaux vivent des souffrances aussi grandes que celles des personnes ayant une maladie physique et qu'elles méritent de trouver un soulagement². Or, pour les

2 Parlement du Canada, Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (AMAD), [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Shelley Birenbaum, présidente, Groupe de travail sur la fin de vie, Association du Barreau canadien); AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Dr Tarek Rajji, médecin-chef, Comité médical consultatif, Centre de toxicomanie et de santé mentale; Dr Mauril Gaudreault, président, Collège des médecins du Québec).

raisons mentionnées dans le présent rapport, le Comité est arrivé à la conclusion que le Canada n'est pas prêt à aller de l'avant avec l'AMM TM-SPMI.

CONTEXTE

En 2021, l'adoption du projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), a ouvert la voie à l'AMM pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, ce que l'on appelle communément la « voie 2³ ». Le projet de loi C-7 comportait une disposition interdisant pendant deux ans — jusqu'au 17 mars 2023 — l'aide médicale à mourir pour les cas où le trouble mental est le seul problème médical invoqué (AMM TM-SPMI). Au cours de cette période de deux ans, le diagnostic d'un trouble mental n'a pas empêché une personne d'accéder à l'AMM, à condition qu'elle soit également atteinte d'une affection admissible.

Le projet de loi C-7 exigeait la réalisation d'un examen indépendant portant « sur les protocoles, les lignes directrices et les mesures de sauvegarde recommandés pour les demandes d'aide médicale à mourir de personnes atteintes de maladie mentale » (art. 3.1). Cet examen a été réalisé par le Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale, qui a publié son rapport final en mai 2022⁴.

Le projet de loi C-7 exigeait également que soit mis sur pied le présent comité afin d'examiner les dispositions du *Code criminel* relatives à l'AMM et leur application, de même que d'autres questions touchant l'AMM, notamment la maladie mentale. Publié en juin 2022, le rapport provisoire du Comité portait principalement sur l'AMM TM-SPMI. Bien qu'il ne contienne pas de recommandations, il concluait ce qui suit⁵ :

Il faut mettre en place des normes de pratique et des lignes directrices claires, offrir une formation adéquate aux professionnels, faire en sorte que les patients soient rigoureusement évalués et établir un cadre de surveillance utile pour permettre l'AMM TM-SPMI. Pour y arriver, il faudra la collaboration des organismes de réglementation, des associations professionnelles, des comités institutionnels et

3 [Projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#), 43^e législature, 2^e session (L.C. 2021, ch. 2). Pour plus de renseignements sur le projet de loi C-7, voir Julia Nicol et Marlisa Tiedemann, [Résumé législatif du projet de loi C-7 : Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#), publication n° 43-2-C7-F, Bibliothèque du Parlement, 19 avril 2021.

4 Santé Canada, [Rapport final du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale](#), 13 mai 2022.

5 Parlement du Canada, Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, [Aide médicale à mourir et troubles mentaux comme seule condition sous-jacente : rapport provisoire](#), 1^{re} session, 44^e législature, juin 2022, p. 21.

de tous les ordres de gouvernement, et il est important que tous ces intervenants soient engagés et appuyés dans le cadre de ce travail important.

Le rapport final du Comité, présenté en février 2023, soulignait également l'importance de la mise en place de normes de pratique avant que l'on autorise l'AMM TM-SPMI⁶ :

Le Comité est favorable à l'AMM TM-SPMI, mais il est inquiet du fait qu'il n'y a pas eu assez de temps pour l'élaboration des normes de pratique mentionnées par le Groupe d'experts [sur l'AMM et la maladie mentale]. Les témoins ont clairement indiqué que ces normes sont essentielles pour garantir une approche réfléchie et cohérente à l'égard de l'AMM TM-SPMI.

À l'étape de l'examen par le Comité, des intervenants ont exprimé la crainte que le système de santé ne soit pas prêt à assurer de manière sûre et uniforme l'AMM TM-SPMI d'ici le 17 mars 2023, délai fixé par le projet de loi C-7. En réponse à ces préoccupations, la loi a été modifiée par le projet de loi C-39, Loi modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), afin de retarder l'entrée en vigueur de l'AMM TM-SPMI jusqu'au 17 mars 2024⁷.

En juin 2023, le Québec a modifié sa loi sur l'aide médicale à mourir, la Loi concernant les soins de fin de vie, afin, entre autres, d'interdire les demandes d'AMM fondées sur un trouble mental autre qu'un trouble neurocognitif⁸.

ÉTAT DE PRÉPARATION

Normes de pratique

Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir

La première recommandation du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale dans son rapport de 2022 concernait l'élaboration de « normes de pratique à l'intention des médecins et des infirmières praticiennes à des fins d'évaluation des demandes

6 Parlement du Canada, Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, [L'aide médicale à mourir au Canada : les choix pour les Canadiens](#), 1^{re} session, 44^e législature, février 2023, p. 59.

7 [Projet de loi C-39, Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#), 44^e législature, 1^{re} session (L.C. 2023, ch. 1).

8 Québec, [Loi concernant les soins de fin de vie](#), ch. S-32.0001, paragraphe 26(4) et sous-alinéa 29.1(2)d)iii), modifiée par l'Assemblée nationale du Québec, [Projet de loi n° 11, Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives](#), 43^e législature, 1^{re} session (L.Q. 2023, ch. 15).

d'AMM dans des situations qui soulèvent des questions sur l'incurabilité, l'irréversibilité, la capacité, les tendances suicidaires et l'incidence des vulnérabilités structurelles⁹ ».

Tel que mentionné précédemment, le Comité a déjà reconnu la nécessité d'établir ces normes avant d'aller de l'avant avec l'AMM TM-SPMI.

Santé Canada a mis en place le Groupe de travail sur les normes de pratique en matière d'AMM (Groupe de travail) pour « créer des ressources pouvant être utilisées par les autorités réglementaires pour rendre opérationnelles les recommandations du Groupe d'experts en ce qui concerne les demandes complexes de l'AMM¹⁰ ».

En mars 2023, le Groupe de travail a publié le Modèle de norme de pratique en matière d'AMM (Modèle de norme de pratique)¹¹, un guide non contraignant à l'intention des provinces et territoires. La présidente du Groupe de travail, la D^{re} Mona Gupta, psychiatre et chercheuse, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, qui a témoigné à titre personnel, ainsi que le D^r Douglas Grant, registraire et directeur général de la Fédération des ordres des médecins du Canada, qui s'exprimait au nom de la Fédération au sein du groupe de travail, ont tous deux confirmé que les organismes de réglementation avaient examiné le modèle et qu'ils allaient l'adopter ou l'adapter dans leur territoire¹².

Plusieurs aspects du Modèle de norme de pratique découlent des dispositions du *Code criminel* relatives à l'AMM, tels que l'obligation d'avoir deux praticiens indépendants pour l'évaluation de l'admissibilité d'une personne demandant l'AMM et l'obligation que la demande soit présentée sur une base volontaire. Le Modèle contient également des orientations relatives aux idées suicidaires, notamment que :

Les évaluateurs et les prestataires doivent prendre des mesures pour s'assurer que le souhait du demandeur de recevoir l'AMM est cohérent avec ses valeurs et ses convictions, et qu'il est sans ambiguïté et durable. Ils doivent s'assurer qu'il est réfléchi rationnellement pendant une période de stabilité et non pendant une période de crise. Cela peut nécessiter des évaluations en série¹³.

9 Santé Canada, [Rapport final du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale](#), 13 mai 2022.

10 Santé Canada, [Document d'information : Les travaux du groupe de travail sur les normes de pratique en matière d'aide médicale à mourir \(AMM\)](#).

11 Santé Canada, [Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir \(AMM\)](#), mars 2023.

12 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (D^{re} Mona Gupta, psychiatre et chercheuse, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, à titre personnel; D^r Douglas Grant, registraire et directeur général, Fédération des ordres des médecins du Canada).

13 Santé Canada, [Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir \(AMM\)](#), mars 2023.

Le décrivant comme « la meilleure synthèse de la loi » et précisant que « tous les principaux intervenants y ont participé », le D^r Grant a expliqué que le Modèle de norme de pratique traite des cas d'AMM TM-SPMI et offre des directives pour les patients dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible¹⁴. À son avis, il y aura une grande cohérence entre les normes des différentes administrations provinciales et territoriales¹⁵.

La D^{re} Alison Freeland, présidente du conseil d'administration et co-présidente du groupe de travail sur l'AMM pour l'Association des psychiatres du Canada, a dit au Comité que le Modèle de norme de pratique et le *Document de référence : Aide médicale à mourir*¹⁶ qui l'accompagne « énoncent clairement certains des éléments qui doivent être soigneusement pris en compte lors d'une évaluation¹⁷ », ajoutant « qu'on a beaucoup réfléchi à l'élaboration et à la diffusion des normes ainsi qu'aux conseils¹⁸ ».

Or, le D^r Jitender Sareen, docteur en médecine, Département de psychiatrie de l'Université du Manitoba, qui représentait huit titulaires de chaires de psychiatrie, s'est dit préoccupé par le fait que le Modèle de norme de pratique n'exige pas la participation d'un psychiatre à l'évaluation des demandes d'AMM TM-SPMI¹⁹. Ce témoin et le D^r K. Sonu Gaind, le chef du département de psychiatrie du Sunnybrook Health Sciences Centre (qui témoignait à titre personnel), se sont dits inquiets du fait que le Modèle de norme de pratique ne précise pas le nombre de traitements qu'une personne devrait recevoir²⁰ et, dans le cas du D^r Gaind, qu'on ne précise pas la durée ou le type de traitement requis²¹.

14 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Grant).

15 *Ibid.*

16 Santé Canada, [Document de référence : Aide médicale à mourir \(AMM\)](#).

17 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (D^{re} Alison Freeland, présidente du conseil d'administration et co-présidente du groupe de travail sur l'AMM, Association des psychiatres du Canada).

18 *Ibid.*

19 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (D^r Jitender Sareen, docteur en médecine, Département de psychiatrie, Université du Manitoba).

20 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Sareen); AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (D^r K. Sonu Gaind, chef, Département de psychiatrie, Sunnybrook Health Centre, à titre personnel).

21 AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Gaind).

Normes provinciales et territoriales en matière d'aide médicale à mourir

Conscient que la réglementation de la profession médicale relève clairement de la compétence des provinces, le Comité reconnaît également qu'il est essentiel d'avoir en place des normes de pratiques pour assurer une administration adéquate et sécuritaire de l'AMM TM-SPMI. Bien que des témoins lui aient transmis de l'information sur les normes de pratique, le Comité insiste sur le fait qu'il n'examinait pas les normes de pratique des provinces et des territoires ou l'état de préparation en général de ces administrations. Il s'est plutôt penché sur le rôle de chef de file qu'a joué le gouvernement fédéral en soutenant l'élaboration de ces normes.

Expliquant comment le Modèle de norme de pratique sera pleinement adopté dans les provinces de l'Atlantique, le D^r Grant a affirmé que les organismes de réglementation sont prêts à assurer l'AMM TM-SPMI de manière sécuritaire²².

La D^{re} Stefanie Green, praticienne de l'AMM et conseillère auprès du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, qui a témoigné à titre personnel, a indiqué au Comité que des équipes cliniques d'un certain nombre de provinces ont confirmé qu'elles étaient prêtes à administrer l'AMM TM-SPMI²³.

En revanche, le D^r Mauril Gaudreault, président du Collège des médecins du Québec, a expliqué que même si des lignes directrices étaient en cours d'élaboration et que cinq critères relatifs à l'AMM TM-SPMI avaient été établis, il y avait encore du travail à faire²⁴.

Des lignes directrices sont nécessaires

Le Dr Tarek Rajji, président du Comité médical consultatif du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), a déclaré que « [l]es normes de pratique fédérales sont une première étape encourageante », mais que les professionnels de la santé ont également besoin de lignes directrices sur la pratique clinique, qui n'existent pas actuellement pour l'AMM TM-SPMI²⁵. Bien que le CAMH travaille avec des partenaires pour élaborer de telles lignes directrices, il n'y a pas beaucoup de données sur lesquelles il peut appuyer

22 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Grant).

23 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (D^{re} Stefanie Green, praticienne de l'AMM et conseillère auprès du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique).

24 AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Gaudreault).

25 AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Rajji).

ses travaux, ce qui pose problème, tout comme l'absence de consensus²⁶. Le Dr Rajji a déclaré qu'il faut plus de temps et de fonds; il n'a pas pu dire à quel moment les lignes directrices et les ressources seront en place pour assurer l'AMM TM-SPMI²⁷.

Formation et perfectionnement professionnel

Programme canadien de formation sur l'AMM

L'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (ACEPA) a mis sur pied un programme de formation national accrédité fondé sur des données probantes afin de faciliter la pratique de l'AMM. Julie Campbell, infirmière praticienne et vice-présidente de l'ACEPA, a expliqué que son association « ne prend pas position sur l'AMM TM-SPMI²⁸ ». Lancé en août 2023, le programme comporte huit sujets. L'un d'entre eux porte sur « AMM et troubles mentaux ». Le programme englobe également un volet numérique et des discussions dirigées portant sur des examens de cas. Dans le cadre de l'élaboration de ce programme, l'Association a fait appel à des spécialistes et à des personnes ayant une expérience en la matière, a évalué les besoins de formation et a étudié ce que font d'autres administrations. Le Comité directeur chargé du programme comptait des membres de l'Association des psychiatres du Canada. Par ailleurs, l'Association a mis le programme à l'essai afin d'obtenir une rétroaction avant sa diffusion à grande échelle.

Jocelyne Voisin, sous-ministre adjointe de la Direction générale de la politique stratégique à Santé Canada, a informé le Comité qu'en date du 17 novembre 2023, 490 médecins, 132 psychiatres et 279 infirmiers praticiens s'étaient inscrits au programme de l'ACEPA, et que le nombre de personnes qui s'y inscrivent augmentait²⁹.

Le Dr Gaind a critiqué ce programme de formation. À son avis, le programme n'est pas fondé sur des données probantes, contient de la mésinformation et comporte des lacunes : « La formation de l'ACEPA ne montre pas aux évaluateurs comment établir la distinction entre les idéations suicidaires et les demandes d'AMM fondées sur des motifs psychiatriques, mais elle les convainc qu'ils en sont capables [...] Étonnamment, le module

26 *Ibid.*

27 *Ibid.*

28 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Julie Campbell, infirmière praticienne, Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM).

29 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Jocelyne Voisin, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique, ministère de la Santé).

sur le suicide de la formation de l'ACEPA ne mentionne pas les risques connus que courent les populations marginalisées³⁰. »

Pour sa part, la D^{re} Eleanor Gittens, de la Société canadienne de psychologie, a déclaré que son association n'a pas participé à l'élaboration des modules de formation et n'a pas pu les examiner³¹.

Autres initiatives de perfectionnement professionnel et directives à l'intention de la profession

Outre le Modèle de norme pratique, les normes établies par les différents organismes de réglementation et le programme de formation national accrédité de l'ACEPA, le Comité a appris qu'il existe de nombreuses possibilités de partage des connaissances et de l'expertise sur les évaluations des demandes d'AMM. La D^{re} Freeland a mentionné une conférence où il y avait eu des discussions sur le suicide par rapport à l'AMM, ainsi que des études publiées par la *Revue canadienne de psychiatrie* (qui présente des articles revus par les pairs) et des échanges d'information au sein de différents réseaux, dont le Conseil des associations de psychiatres et des groupes de travail institutionnels travaillant en coordination³². La D^{re} Gupta a parlé d'un atelier national de préparation sur l'AMM TM-SPMI³³. Pour sa part, Julie Campbell a attiré l'attention sur d'autres initiatives de l'ACEPA : documents d'orientation clinique, ateliers d'échange de connaissances sur l'état de préparation des cliniciens et du système, et symposium sur l'évaluation des demandes d'AMM TM-SPMI³⁴. La D^{re} Claire Gamache, psychiatre et membre de l'Association des médecins psychiatres du Québec, a signalé que la conférence annuelle de son organisme prévoyait une session sur l'AMM TM-SPMI³⁵.

30 AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Gaind).

31 AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (D^{re} Eleanor Gittens, membre, Société canadienne de psychologie).

32 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Freeland).

33 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Gupta).

34 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Campbell).

35 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (D^{re} Claire Gamache, psychiatre, Association des médecins psychiatres du Québec).

Surveillance

Surveillance par les provinces

La surveillance de l'AMM incombe aux provinces et aux territoires, et les mécanismes utilisés varient selon les administrations. La D^{re} Gupta a précisé que 90 % des cas d'AMM se produisent dans des administrations dotées de processus de surveillance institutionnalisés³⁶. La D^{re} Green a informé le Comité que le groupe de travail de la Colombie-Britannique a proposé de mettre sur pied un comité d'examen des cas pour toutes les demandes d'AMM TM-SPMI, et qu'une des autorités régionales de santé de la province avait déjà en place un système semblable³⁷.

Jocelyne Voisin de Santé Canada a également indiqué que le ministère travaillait avec les provinces et les territoires afin d'échanger des points de vue sur l'uniformisation des mécanismes de surveillance et les pratiques exemplaires³⁸.

Le Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir du gouvernement fédéral

Des données sont également recueillies au niveau fédéral en vertu du *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir*³⁹ qui, selon ce qu'a indiqué Jocelyne Voisin, a été amélioré pour « aider à déterminer s'il existe des inégalités ou des désavantages dans les demandes et la prestation de l'AMM⁴⁰ ». Le D^r Gaid a fait valoir que des données socio-économiques devraient aussi être collectées afin de protéger les groupes marginalisés⁴¹.

PRÉOCCUPATIONS ACTUELLES

Évaluation de l'irrémediabilité

Pour être admissible à l'AMM en vertu du *Code criminel*, une personne doit être « affectée de problèmes de santé graves et irrémediables », à savoir être « atteinte

36 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Gupta).

37 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Green).

38 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Voisin).

39 [Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir](#), DORS/2018-166.

40 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Voisin).

41 AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Gaid).

d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables » entraînant un « déclin avancé et irréversible » ainsi que des souffrances intolérables⁴².

Le Modèle de norme de pratique donne aux adjectifs « incurable » et « irréversible » les définitions suivantes :

9.5.2 « Incurable » signifie qu'il n'y a plus de traitements raisonnables. Le caractère raisonnable est déterminé par la clinicienne ou le clinicien et la personne qui explorent ensemble les traitements reconnus, disponibles et potentiellement efficaces à la lumière de l'état de santé général de la personne, de ses croyances, de ses valeurs et de ses objectifs de soins.

9.6.4 « Irréversible » signifie qu'il n'y a plus d'interventions raisonnables. Le caractère raisonnable est déterminé par la clinicienne ou le clinicien et la personne qui explorent ensemble les interventions reconnues, disponibles et potentiellement efficaces à la lumière de l'état de santé général de la personne, de ses croyances, de ses valeurs et de ses objectifs de soins⁴³.

Selon ce qu'a appris le Comité, il est difficile, pour ne pas dire impossible, de prédire avec précision le pronostic à long terme d'une personne atteinte d'un trouble mental. Certains témoins se sont basés là-dessus pour dire que le caractère irrémédiable d'un trouble ne peut être déterminé avec certitude, laissant entendre que le degré de préparation requis pour l'AMM TM-SPMI⁴⁴ ne serait pas atteint. De plus, certains témoins étaient d'avis que l'on n'a pas établi de critères adéquats pour déterminer l'irrémédiabilité⁴⁵. Selon le Dr Gaind, il existe des données indiquant que les prédictions des cliniciens sont erronées plus de la moitié du temps⁴⁶.

Par ailleurs, la D^{re} Gupta a souligné que la difficulté de prédire le pronostic à long terme d'une personne ne se limite pas aux troubles mentaux et qu'elle touche également les cas actuels de la voie 2 :

Il existe de nombreuses pathologies pour lesquelles le pronostic est « difficile, voire impossible », pour reprendre les termes du rapport du groupe d'experts, et pourtant,

42 [Code criminel](#), L.R.C. 1985, ch. C-46, par. 241.2(2).

43 Santé Canada, [Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir \(AMM\)](#), mars 2023.

44 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Sareen); AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Gaind).

45 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Sareen); AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Gaind; Rajji; H. Archibald Kaiser, professeur, École de droit Schulich et Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université Dalhousie, à titre personnel).

46 AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Gaind).

lorsque nous nous penchons sur ces cas, nous le faisons en respectant à la lettre les dispositions du *Code criminel*⁴⁷.

Des témoins ont expliqué au Comité que, dans les faits, pour qu'une personne soit admissible à l'AMM TM-SPMI, il faut qu'elle ait déjà un long historique documenté de tentatives de traitements infructueuses⁴⁸. Plusieurs témoins ont insisté sur le fait que les personnes en crise ne seraient pas admissibles⁴⁹. Cependant, certains témoins ont fait observer qu'au Canada, les critères d'admissibilité n'exigent pas que les personnes aient épuisé tous les traitements raisonnables, contrairement à ce qui se fait dans d'autres pays⁵⁰.

Demandes d'aide médicale à mourir et idées suicidaires : Savoir faire la distinction

Certains témoins ont dit au Comité qu'il n'existe aucun moyen de distinguer les demandes d'AMM TM-SPMI des demandes motivées par des idées suicidaires⁵¹, alors que d'autres ont affirmé qu'il y a une distinction claire entre les deux⁵².

La D^{re} Gupta a reconnu que les idées suicidaires sont un symptôme « d'un petit nombre de troubles particuliers », mais a dit croire qu'il y aurait un sous-groupe de personnes en mesure de prendre une décision éclairée pour ce qui est de demander l'AMM, même si ces personnes sont aux prises avec des pensées suicidaires⁵³. Plusieurs témoins ont fait remarquer que l'évaluation des tendances suicidaires fait déjà partie du processus d'évaluation des personnes faisant une demande d'AMM⁵⁴ et de la pratique médicale en contexte clinique de manière générale⁵⁵. Cependant, le D^r Gaind a expliqué au Comité que la formation que reçoivent les médecins pour évaluer les tendances suicidaires ne

47 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Gupta).

48 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Gupta; Gamache); AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Green; D^r Gordon Gubitz, Division de neurologie, Département de médecine, Nova Scotia Health).

49 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Gupta; Gamache); AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Green).

50 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Trudo Lemmens, professeur, titulaire de la chaire Scholl en droit et politique de la santé, Faculté de droit, Université de Toronto, à titre personnel; Sareen).

51 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Sareen); AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Gaind; Rajji).

52 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Green; Gubitz).

53 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Gupta).

54 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Gupta; Gamache).

55 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Birenbaum; Gupta; Gamache); AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Green).

les outils pas pour faire la différence entre les demandes d'AMM et les demandes motivées par des idées suicidaires⁵⁶.

Le Dr Gordon Gubitz, Division de neurologie, Département de médecine, Nova Scotia Health, a dit pour sa part au Comité qu'il existe de la formation et d'autres ressources disponibles pour aider les évaluateurs de demandes d'AMM à comprendre la différence entre des pensées suicidaires et « un désir de mourir raisonné⁵⁷ ». Cependant, comme indiqué précédemment, d'autres témoins ont qualifié les ressources disponibles d'inadéquates ou de problématiques⁵⁸.

Absence de consensus parmi les professionnels

Selon ce qu'a appris le Comité, de nombreux psychiatres n'appuient pas la pratique de l'AMM TM-SPMI. Il a été fait état d'une série de statistiques sur ce point dont certaines laissent entendre que la majorité des psychiatres n'est pas favorable à l'AMM TM-SPMI⁵⁹. Cependant, certains témoins ont déclaré qu'il n'existe pas de consensus à l'égard de nombreuses autres pratiques médicales existantes⁶⁰, et que ce n'est généralement pas considéré comme une justification pour les interdire⁶¹.

Protection des personnes vulnérables

Certains témoins ont fait part de leurs préoccupations au sujet des répercussions possibles de l'AMM TM-SPMI sur les groupes de personnes vulnérables, comme les femmes, les Autochtones, les personnes en situation de handicap, les personnes vivant dans la pauvreté ou celles vivant dans des régions mal desservies⁶². D'après le Dr Sareen, « [l]es mesures de protection sont insuffisantes pour protéger les groupes vulnérables touchés de façon disproportionnée par les troubles mentaux⁶³ ». En revanche, de l'avis de Shelley Birenbaum, présidente du Groupe de travail sur la fin de vie de l'Association

56 AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Gaind).

57 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Gubitz).

58 AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Gaind; Rajji).

59 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Sareen); AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Gaind).

60 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Freeland); AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Green).

61 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Green).

62 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Lemmens; Sareen); AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Kaiser; Gaind).

63 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Sareen).

du Barreau canadien, le cadre juridique entourant l'AMM prévoit déjà suffisamment de protections importantes pour les personnes vulnérables⁶⁴.

Le Comité a appris que les personnes qui n'ont pas reçu de traitements adéquats ou dont les traitements n'ont pas été correctement documentés ne seraient pas admissibles à l'AMM TM-SPMI⁶⁵. Le D^r Rajji a fait remarquer qu'à ce stade-ci, offrir l'AMM TM-SPMI risque d'exacerber les inégalités en matière de santé⁶⁶.

Certains témoins se sont dit inquiets de l'influence que pourraient avoir les vulnérabilités socio-économiques ou psychosociales sur les personnes qui demanderaient l'AMM TM-SPMI⁶⁷. La D^{re} Green a tenu à souligner que les personnes souhaitant obtenir l'AMM TM-SPMI ne seraient pas admissibles sur la base de leurs vulnérabilités socio-économiques, mais elle a reconnu que « les gens sont complexes et il est parfois difficile de discerner quels facteurs entrent en jeu⁶⁸ ».

Comme dans les études précédentes, le Comité a été informé du manque de consultation des Autochtones au sujet de l'AMM, et particulièrement de l'AMM TM-SPMI⁶⁹. Jocelyne Voisin a toutefois dit au Comité que les consultations auprès des populations autochtones concernant l'AMM sont en cours⁷⁰.

Considérations relatives à la *Charte*

Les spécialistes du droit avaient des avis partagés sur les questions constitutionnelles soulevées par l'AMM TM-SPMI. Pour certains, continuer d'exclure de l'AMM les personnes souffrant uniquement de troubles mentaux risquerait de porter atteinte aux droits à l'égalité, à la liberté et à la sécurité de la personne protégés par la *Charte canadienne des droits et libertés* (la *Charte*)⁷¹. Pour d'autres, le fait de ne pas accorder les protections contre la mort prévues dans le *Code criminel* aux personnes les plus vulnérables, dont les

64 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Birenbaum).

65 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Gamache); AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Green).

66 AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Rajji).

67 AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Kaiser; Rajji; Gaind).

68 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Green).

69 AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Kaiser).

70 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Voisin).

71 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Birenbaum); AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (D^{re} Jocelyn Downie, professeure émérite, Institut du droit de la santé, Dalhousie University, à titre personnel).

personnes handicapées et celles souffrant de troubles mentaux, est en soi discriminatoire et inconstitutionnel⁷².

Myriam Wills, avocate, Section de la politique en matière de droit pénal du ministère de la Justice, a expliqué au Comité qu'il existe des considérations relatives à la *Charte* soutenant la constitutionnalité autant de l'interdiction que de l'autorisation de l'AMM TM-SPMI, comme en témoignent les énoncés concernant la *Charte* pour les projets de loi C-7 et C-39⁷³.

Accès à des praticiens formés

Le Comité a entendu des points de vue divergents sur la question de savoir s'il y a suffisamment de professionnels de la santé formés correctement — en particulier les psychiatres — pour administrer de manière sécuritaire et adéquate l'AMM TM-SPMI.

Comme l'a fait remarquer Sam Mikail, psychologue de la Société canadienne de psychologie, la réponse à cette question dépend en partie du nombre de cas attendus, au sujet duquel les témoignages n'étaient pas concordants⁷⁴. Alors que plusieurs témoins étaient d'avis que très peu de personnes seraient admissibles, dans les faits, à l'AMM TM-SPMI⁷⁵, d'autres disaient au contraire qu'il y avait eu une augmentation des demandes dans les pays où l'AMM TM-SPMI était devenue possible, et que les taux d'acceptation des demandes au Canada seront plus élevés qu'ailleurs en raison des critères d'admissibilité plus souples⁷⁶.

Plusieurs témoins ont indiqué que le rôle des psychiatres dans le processus d'AMM consiste principalement à offrir des consultations à titre d'experts et non à faire des évaluations⁷⁷. Le Comité a appris que les psychiatres ont déjà les compétences et la formation nécessaires pour intervenir comme experts-conseils dans les demandes d'AMM pour des personnes souffrant de troubles mentaux, et qu'ils l'ont déjà fait pour

72 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Lemmens); AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Kaiser).

73 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Myriam Wills, avocate, Section de la politique en matière de droit pénal, ministère de la Justice).

74 AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (D' Sam Mikail, psychologue, Société canadienne de psychologie).

75 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Freeland; Gupta; Gamache); AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Downie; Voisin).

76 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Lemmens); AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Gaind).

77 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Freeland; Gupta); AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Green).

des cas de la voie 2⁷⁸. Il a aussi appris que « les complexités si souvent attribuées aux troubles mentaux ne sont pas, en fait, propres aux troubles mentaux et qu'elles sont déjà traitées dans notre système d'aide médicale à mourir actuellement⁷⁹ ».

Jocelyne Voisin, de Santé Canada, était d'accord sur ce point, mais a indiqué que quelques provinces et territoires disaient craindre de ne pas avoir assez de professionnels formés possédant une expertise en santé mentale pour les évaluations des cas de la voie 2. Le D^r Rajji a confirmé le manque de tels professionnels pour les cas de la voie 2 en Ontario, déclarant qu'il faut plus de temps pour bâtir une « communauté de pratique⁸⁰ ».

Le Comité a appris qu'à peine plus de 100 psychiatres sur les 5 000 que compte le Canada (soit environ 2 %) ont décidé de suivre le programme de formation canadien sur l'AMM⁸¹. Certains témoins ont fait observer que, même si cela semble peu, seuls 2 % des médecins canadiens dispensent l'AMM⁸². En outre, dans un nouveau domaine de pratique, il est normal, au début, qu'il y ait un petit nombre d'experts, qui formeront et encadreront d'autres professionnels par la suite⁸³.

D'autres témoins n'étaient pas d'accord pour dire que l'on n'aura besoin que d'un petit nombre de psychiatres pour l'AMM TM-SPMI⁸⁴. D'après le D^r Sareen, tous les psychiatres devront suivre une formation pour savoir comment traiter les idées suicidaires dans le contexte de la maladie mentale, si l'AMM TM-SPMI est permise⁸⁵.

Pour sa part, la D^{re} Freeland a fait valoir que la capacité à fournir des soins appropriés aux personnes qui ne sont pas admissibles à l'AMM est également un aspect important de la préparation⁸⁶.

78 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Freeland; Gupta; Gamache); AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Green; Campbell).

79 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Gupta); Voir également : AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Voisin; Campbell).

80 AMAD, [Témoignages](#), 28 novembre 2023 (Rajji).

81 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Voisin).

82 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Gupta); AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Green).

83 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Freeland; Gupta; Gamache); AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Green).

84 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Lemmens; Sareen).

85 AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Sareen).

86 AMAD, [Témoignages](#), 7 novembre 2023 (Freeland); voir également : AMAD, [Témoignages](#), 21 novembre 2023 (Gubitz).

CONCLUSION

Tel qu'indiqué au début du présent rapport, compte tenu des témoignages contradictoires livrés devant le Comité sur la question de savoir si le Canada est prêt à administrer de manière sécuritaire et adéquate l'AMM TM-SPMI, le Comité fait la recommandation suivante :

Recommandation 1

CONSIDÉRANT que le Comité constate que le système de santé au Canada n'est pas prêt pour l'aide médicale à mourir lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué (ci-après «AMM TM-SPMI»), il recommande :

- **Que l'AMM TM-SPMI ne soit pas disponible au Canada tant que le ministre de la Santé et le ministre de la Justice ne seront pas d'avis, sur la base des recommandations de leurs ministères respectifs et en consultation avec leur homologues provinciaux et territoriaux et avec les peuples autochtones, qu'elle peut être administrée de manière sécuritaire et adéquate; et**
- **Qu'un an avant la date où l'on prévoit que l'AMM TM-SPMI sera permise, conformément à l'alinéa (a), la Chambre des communes et le Sénat rétablissent le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir afin de vérifier le degré de préparation atteint pour une application sûre et adéquate de l'AMM TM-SPMI.**

ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS

Le tableau ci-dessous présente les témoins qui ont comparu devant le Comité lors des réunions se rapportant au présent rapport. Les transcriptions de toutes les séances publiques reliées à ce rapport sont affichées sur la [page Web du Comité sur cette étude](#).

Organismes et individus	Date	Réunion
À titre personnel	2023/11/07	38
Dre Mona Gupta, psychiatre et chercheuse, Centre hospitalier de l'Université de Montréal		
Association des médecins psychiatres du Québec	2023/11/07	38
Dre Claire Gamache, psychiatre		
Association des psychiatres du Canada	2023/11/07	38
Dre Alison Freeland, présidente du conseil d'administration et co-présidente du groupe de travail sur l'AMM		
Fédération des ordres des médecins du Canada	2023/11/07	38
Dr Douglas Grant, registraire en oncologie et directeur général		
L'Association du Barreau canadien	2023/11/07	38
Shelley Birenbaum, présidente, Groupe de travail sur la fin de vie		
À titre personnel	2023/11/21	39
Jocelyn Downie, professeure émérite, Institut du droit de la santé, Dalhousie University		
Dr Pierre Gagnon, directeur du département de psychiatrie et de neurosciences, Université Laval		
Dre Stefanie Green, présidente, prestataire d'AMM, conseillère du ministère provincial de la Santé		
Trudo Lemmens, professeur, titulaire de la chaire Scholl en droit et politique de la santé, Faculté de Droit, University of Toronto		

Organismes et individus	Date	Réunion
Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM Julie Campbell, infirmière praticienne	2023/11/21	39
Ministère de la Justice Myriam Wills, avocate, Section de la politique en matière de droit pénal	2023/11/21	39
Ministère de la Santé Jocelyne Voisin, sous-ministre adjointe, Direction générale de la politique stratégique	2023/11/21	39
Nova Scotia Health Dr Gordon Gubitz, Division de neurologie, Département de médecine	2023/11/21	39
Université du Manitoba Dr Jitender Sareen, docteur en médecine, Département de psychiatrie	2023/11/21	39
À titre personnel Dr K. Sonu Gaind, chef, Département de psychiatrie, Sunnybrook Health Centre H. Archibald Kaiser, professeur, École de droit Schulich et Département de psychiatrie (nomination conjointe), Dalhousie University	2023/11/28	40
Centre de toxicomanie et de santé mentale Dr Tarek Rajji, médecin-chef, Comité médical consultatif	2023/11/28	40
Collège des médecins du Québec Dr Mauril Gaudreault, président Dr André Luyet, médecin psychiatre	2023/11/28	40
Société canadienne de psychologie Dre Eleanor Gittens, membre Dr Sam Mikail, psychologue	2023/11/28	40

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des *procès-verbaux* pertinents ([réunions n^{os} 37 à 42](#)) est déposé.

Respectueusement soumis,

Les coprésidents,
René Arseneault et l'hon. Yonah Martin

Opinion dissidente

Le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

Le 24 janvier 2024

Nous soumettons la présente opinion dissidente parce que nous estimons que tous les niveaux de soins de santé, y compris le choix des soins en fin de vie, devraient être sûrs et équitables pour tous les Canadiens.

Cette opinion dissidente concerne le mandat confié au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (AMAD, octobre 2023), soit d'évaluer les critères du gouvernement du Canada pour ce qui est de l'état de préparation à l'aide médicale à mourir (AMM) lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué (TM-SPMI). Nous savons que les provinces et les territoires peuvent choisir de circonscrire différemment leurs responsabilités à l'égard des soins de santé en fin de vie relevant de leurs compétences. Le Comité n'a pas pour mandat de se pencher sur ces possibilités. Nous estimons que le Comité n'a pas rempli adéquatement son mandat.

Notre recommandation

Que le gouvernement du Canada n'accepte pas le rapport majoritaire du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (AMAD).

Introduction

La présente opinion dissidente émane de trois sénateurs indépendants sur l'ensemble des cinq sénateurs membres du Comité d'octobre 2023 à décembre 2023. Cette opinion dissidente a l'appui de deux autres sénateurs ayant participé à quelques réunions. Quatre de ces sénateurs et sénatrices sont des médecins possédant une expertise, à titre personnel et professionnel, en matière de formation médicale et de prestation de soins médicaux.

Cette opinion dissidente se concentre sur les aspects médicaux et procéduraux des délibérations. Nous appuyons un autre rapport dissident qui traite plus particulièrement des perspectives juridiques et régionales.

Contexte

Le 15 février 2023, le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (AMAD) a déposé son rapport final, qui traitait de nombreux sujets liés à l'aide médicale à mourir (AMM) au Canada, notamment les questions concernant les demandes anticipées, les mineurs matures et les troubles mentaux. Dans ce rapport, on reconnaît que certains troubles mentaux sont irrémédiables et intolérables, et que les personnes chez qui le trouble mental est le seul problème médical invoqué (TM-SPMI) ne devraient pas être empêchées de demander l'AMM si elles répondent aux critères applicables à tous les autres Canadiens. Le rapport ne remet pas en question les décisions judiciaires portant sur l'AMM TM-SPMI (dont [Carter, Alberta](#) et [Truchon](#)) et reconnaît le rapport du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale ainsi que les quatre critères concernant le degré de préparation qui faisaient partie de l'engagement du gouvernement fédéral face à l'AMM TM-SPMI.

Le gouvernement du Canada a pris quatre initiatives en ce qui concerne le degré de préparation à l'égard de l'AMM TM-SPMI. Ces critères concernant l'état de préparation sont énoncés dans la [Réponse du gouvernement](#) du 20 octobre 2022 au rapport provisoire du Comité AMAD déposé le 22 juin 2022 :

1. Il a commandé un rapport au **Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale**, rapport qui a été déposé le 13 mai 2022.
2. **Surveillance et rapports** concernant l'AMM au Canada : il a demandé que soit élaborée une réglementation révisée en matière de collecte de données.
3. **Formation** : il a demandé que l'on élabore et que l'on offre dans tout le Canada un programme de formation accrédité portant sur l'AMM et destiné aux médecins et aux infirmières et infirmiers praticiens.
4. **Normes de pratique en matière de perfectionnement** : il a demandé que l'on élabore des normes de pratique pour les organismes de réglementation des professions de médecin et d'infirmière et infirmier de partout au pays.

Comme on n'avait satisfait qu'à un seul de ces critères en date de février 2023 (le premier critère), le Comité a recommandé que l'entrée en vigueur de l'AMM TM-SPMI soit retardée d'une année pour laisser le temps de répondre aux trois autres critères.

À la suite de cela, le 9 mars 2023, a été adopté le projet de loi C-39, qui repousse l'entrée en vigueur de l'AMM TM-SPMI au 30 mars 2024, afin que l'on puisse répondre aux trois critères qui restaient.

En outre, dans le rapport de février 2023, il était recommandé que cinq mois avant la date limite de mars 2024, le Comité soit rétabli pour vérifier si les trois critères relatifs au niveau de préparation qui restaient avaient été remplis. Le 31 octobre 2023, le Comité AMAD a recommencé à siéger. Il avait pour tâche de vérifier le **degré de préparation atteint pour une application sûre et adéquate de l'AMM TM-SPMI**. La portée du mandat du Comité était circonscrite et précise, à savoir : déterminer si le gouvernement fédéral s'était acquitté de son obligation de voir à ce que les trois critères concernant le degré de préparation qui restaient soient remplis. Le Comité n'avait pas pour mandat de revisiter les arguments contre l'AMM TM-SPMI ni de débattre à nouveau de l'AMM TM-SPMI.

Le *Code criminel* du Canada relève du gouvernement fédéral, et des modifications apportées au Code ont décriminalisé l'application de l'AMM dans les installations de soins de santé réglementées du Canada. Or la prestation des soins de santé est principalement du ressort des provinces et des territoires, ce qui signifie que c'est à eux qu'il incombe de mettre en œuvre et d'offrir les services de santé, y compris les soins en fin de vie. Cela comprend l'application de la réglementation et des normes de prestation liées à l'AMM dans leurs systèmes de santé. C'est ce qu'on a pu constater dans la province du Québec, où le gouvernement a adopté une loi encadrant la prestation de l'AMM.

Le Comité AMAD n'a pas mené à bien son mandat.

1. Le Comité n'a pas déterminé correctement si les trois critères relatifs au niveau de préparation que le gouvernement du Canada a définis et qui restaient avaient été remplis.

- a. Il n'a tenu que trois réunions pour entendre des témoins au sujet du respect de ces critères et, pendant ces réunions, a entendu des témoins qui ignoraient si ces critères de préparation avaient été respectés.
 - b. Il n'a pas invité d'organismes de réglementation des professions médicales et de prestataires de l'AMM de l'ensemble des provinces et des territoires à venir lui parler du degré de préparation de leur système de santé par rapport aux critères énoncés.
 - c. Il a invité 23 personnes¹ qui se représentaient elles-mêmes ou représentaient des organisations.
 - i. Sur les 21 témoins qui se sont exprimés durant les réunions du Comité, 15 avaient une connaissance étendue des critères et des activités de préparation.
 - ii. Sur les 21 témoins qui se sont exprimés durant les réunions du Comité, cinq n'avaient pas une connaissance étendue des activités de préparation et ne prenaient part à aucune de ces activités.
 - d. Le Comité a entendu cinq témoins qui ont répété des arguments déjà entendus contre la voie 2 de l'AMM ainsi que contre l'AMM TM-SPMI en général, mais pas au sujet des progrès des critères relatifs au niveau de préparation.
2. Le rapport majoritaire énonce, dans une recommandation, que « le système de santé du Canada n'est pas prêt pour l'AMM [dans les cas] où le trouble mental est le seul problème médical invoqué... sur la base des recommandations de leurs ministères respectifs et en consultation avec leurs homologues provinciaux et territoriaux respectifs et avec les peuples autochtones », mais il ne pouvait pas faire cette recommandation à la lumière des témoignages qu'il a recueillis. Cette recommandation ne devrait pas être valide, parce que :
- a) Le Comité n'a pas fait d'étude sur « le système de santé au Canada ».
 - b) Le Comité n'a pas entendu tous les représentants d'organismes de réglementation ni de prestataires de l'AMM provinciaux et territoriaux.
 - c) Le Comité n'a pas non plus entendu d'Autochtones sur la question.

Le rapport majoritaire contient plusieurs erreurs dans l'appréciation des témoignages.

Vingt et une personnes et organisations ont comparu devant le Comité au cours de trois réunions. Le Comité a entendu 15 témoins qui avaient une connaissance approfondie de la réalisation des critères de préparation, et chaque témoin a déclaré que tous les critères sur le degré de préparation avaient été remplis. Toutefois, le rapport majoritaire n'a pas tenu compte de leurs déclarations et a privilégié plutôt les témoignages de cinq témoins qui étaient soit contre l'AMM TM-SPMI ou qui avaient peu ou pas de connaissances sur les critères relatifs au niveau de préparation. Par conséquent, le rapport majoritaire a choisi d'ignorer les

¹ 23 personnes se représentant elles-mêmes ou représentant des organisations ont témoigné devant le Comité AMAD entre octobre et décembre 2023. Chacune de ces personnes est citée ci-dessous. Cependant, seules 21 personnes ont pris la parole durant les réunions du Comité. Le point 1. c. (ii) de la page 3 décrit les positions des 21 témoins qui se sont exprimés. Le tableau ci-dessous énumère les positions de l'ensemble des 23 témoins à la lumière de leurs déclarations ou des mémoires qu'ils ont soumis au Comité.

témoignages les plus pertinents et les plus convaincants au sujet des critères que le gouvernement fédéral lui-même avait établis pour l'état de préparation.

Témoins	A déclaré que les critères de préparation avaient été remplis	A déclaré que le Canada n'était pas prêt
Association des psychiatres du Canada (D ^{re} Alison Freeland)	✓	
Association du Barreau canadien (Shelley Birenbaum)	✓	
D^{re} Mona Gupta	✓	
Association des médecins psychiatres du Québec (D ^{re} Claire Gamache)	✓	
Fédération des ordres des médecins du Canada (D ^r Douglas Grant)	✓	
D^{re} Jocelyn Downie	✓	
Trudo Lemmens		✗
D^{re} Stefanie Green	✓	
D^r Pierre Gagnon		✗
Ministère de la Justice (Myriam Wills)	✓	
Ministère de la Santé (Jocelyne Voisin) (+ 2 autres témoins qui n'ont pas pris la parole)	✓	
Université du Manitoba (D ^r Jitender Sareen)		✗
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse (D ^r Gordon Gubitz)	✓	
Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (Julie Campbell, IP)	✓	
H. Archibald Kaiser		✗
D^r K. Sonu Gaiind		✗
Société canadienne de psychologie (D ^{re} Eleanor Gittens et D ^r Sam Mikail)		✗
Centre de toxicomanie et de santé mentale	*	*

(D ^r Tarek Rajji) ²		
Collège des médecins du Québec (D ^r André Luyet et D ^r Mauril Gaudreault)	✓	

Par exemple, la D^{re} Mona Gupta a présidé le Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale, et elle a participé à l'élaboration d'un protocole provincial sur l'AMM TM-SPMI, du Modèle de norme de pratique en matière d'AMM ainsi que du programme de formation national accrédité de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (ACEPA). Elle a affirmé dans son mémoire que « les travaux visant à permettre l'évaluation et l'administration sûres et adéquates de l'AMM TM-SPMI qui relèvent de la compétence fédérale ont été menés pendant près de trois ans et sont maintenant terminés ».

La D^{re} Jocelyn Downie, qui a participé à l'élaboration du Modèle de norme de pratique en matière d'AMM et du programme de formation national accrédité de l'ACEPA, a dit pour sa part au Comité qu'« une préparation rigoureuse sur les plans de la législation, de la régulation, de la supervision et de la pratique clinique a été démontrée », et elle a rappelé aux membres que le degré de préparation sur le plan politique ne peut justifier une atteinte aux droits garantis par la Charte des personnes qui éprouvent des souffrances intolérables à cause d'un trouble mental.

Julie Campbell, infirmière praticienne qui représentait l'ACEPA, a indiqué que « toutes les activités du gouvernement fédéral qui peuvent indiquer qu'il est prêt pour l'AMM TM-SPMI ont été menées à bien ».

Le D^r Douglas Grant, qui est registraire du Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse et représentait la Fédération des ordres des médecins du Canada, a dit quant à lui que « toute préparation doit s'appuyer sur une préparation réglementaire », et il a affirmé que « les organismes de réglementation sont prêts ». Il a ajouté que « nous n'avons pas besoin de plus de temps », et que « nous avons l'obligation solennelle et légale d'être prêts ».

La D^{re} Stefanie Green, prestataire expérimentée de l'AMM et présidente fondatrice de l'ACEPA, a assuré le Comité que « très clairement, il existe un degré élevé de préparation ... il y a une préparation au niveau fédéral, il y a des initiatives provinciales, territoriales et régionales qui ont été prises et qui se poursuivent, et les organismes de réglementation en matière de soins médicaux et infirmiers et les ordres professionnels se disent prêts » [TRADUCTION].

² Le D^r Rajji, qui représentait le CTSM, ne s'est pas opposé aux critères de préparation établis par le gouvernement fédéral. Il a plutôt demandé que le CTSM élabore des lignes directrices supplémentaires. Cependant, les directives cliniques ne relèvent pas de la responsabilité du gouvernement fédéral, mais plutôt de celle d'associations médicales nationales crédibles. Par conséquent, le témoignage du CTSM n'est pas en contradiction avec les critères de préparation du gouvernement fédéral. Si une province ou un territoire souhaite imposer des critères supplémentaires de préparation dans son domaine de compétence, il peut choisir de le faire. Cela ne signifierait pas que les critères de préparation du gouvernement fédéral n'ont pas été atteints.

Ce ne sont là que **quelques** exemples de témoignages affirmant que les quatre critères requis pour démontrer l'état de préparation ont été remplis.

Parmi les cinq autres témoins qui ont dit qu'on n'était pas prêt, aucun ne représentait des organismes de réglementation, des systèmes de soins de santé provinciaux ou territoriaux ou les autorités d'accréditation responsables des normes en matière de soins de santé, et aucun n'a participé à l'élaboration de l'une ou l'autre des composantes relatives à l'état de préparation.

Le Comité a nié aux Canadiens le droit de prendre part à ses délibérations.

Dans les travaux des comités parlementaires, les mémoires soumis par le public constituent des témoignages importants que les comités doivent prendre en compte. Lors de la précédente session de 2022, le Comité AMAD avait reçu des centaines de mémoires qui avaient été considérées comme des témoignages et données en référence dans le rapport du Comité.

Le Comité a demandé aux Canadiens de présenter des mémoires pertinents en rapport avec son mandat, et les a assurés que ces mémoires seraient bienvenus, acceptés et pris en considération. Le Comité a reçu des centaines de mémoires, qui ne portaient pas tous sur son mandat. Nous avons connaissance de plusieurs mémoires qui ont été envoyées au Comité avant la date limite indiquée, par d'éminents experts provinciaux et territoriaux, et qui portaient directement sur l'état de préparation des systèmes de santé provinciaux. Or, le Comité a choisi d'ignorer ces mémoires, et le rapport majoritaire n'en fait donc pas mention.

Le Comité n'a pas invité des témoins de chaque province et territoire à discuter de leur état de préparation à l'AMM TM-SPMI; par conséquent, il ne peut se prononcer sur l'état de préparation des systèmes de santé du Canada. Pour obtenir les renseignements nécessaires à une bonne évaluation de l'état de préparation des provinces et des territoires, il aurait impérativement fallu prendre connaissance des mémoires des organismes de réglementation et des prestataires de l'AMM provinciaux et territoriaux. Divers mémoires qui n'ont pas été pris en compte par le Comité énonçaient bel et bien que des provinces étaient déjà prêtes à l'AMM TM-SPMI, au moins quatre mois avant la date fixée par la loi.

Des témoignages essentiels sur le degré de préparation n'ont pas été pris en compte, puisque les membres du Comité ont choisi de n'utiliser dans le rapport final que les témoignages recueillis lors des réunions. D'ailleurs, le rapport majoritaire n'a pas tenu compte de témoignages pertinents exprimés dans les mémoires relatifs à l'état de préparation que certains membres du Comité ont lus dans les déclarations pendant les audiences publiques et les témoignages. La teneur des mémoires contredit manifestement les recommandations du rapport majoritaire.

Discrédit sur le processus d'accréditation de la formation médicale au Canada

L'accréditation de toute la formation médicale se fait sous l'autorité du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Un programme de formation à l'AMM a été mis au point par l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (ACEPA) et accrédité par le CRMCC et le CMFC. Les cliniciens peuvent avoir des opinions sur n'importe quel programme de formation médicale, mais

c'est aux organismes d'accréditation que reviennent l'autorité et la responsabilité de déterminer si la formation est conforme aux normes nationales.

Un témoin s'est prononcé contre le programme de formation accrédité de l'AMM et a pu induire le Comité en erreur quant à la qualité, la nature ainsi que le contenu du programme de formation accrédité, et il a exprimé des opinions personnelles critiques à son sujet. Dans son rapport, le Comité a donc choisi de discréditer le programme accrédité par des professionnels en se fondant sur l'opinion personnelle d'un seul témoin. Cela aura des conséquences négatives profondes sur la manière dont la formation médicale est élaborée, accréditée et dispensée au Canada.

Autres considérations

Il convient également de parler de trois autres grandes questions qui sont revenues dans de nombreuses délibérations publiques du Comité. Premièrement, Il faut prendre en considération que dans le domaine médical, certains aspects ne nécessitent pas obligatoirement un consensus, et qu'il n'y a pas de consensus dans la profession médicale sur l'AMM en général. Par conséquent, en demandant un consensus sur la question de l'AMM TM-SPMI. Le Comité établit une norme qui est discriminatoire à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux.

Deuxièmement, le rapport majoritaire contient une section intitulée « Préoccupations actuelles ». Cette section vise plutôt à remettre en question des discussions sur le volet 2 de l'AMM et l'AMM TM-SPMI qui avaient déjà été abordées dans des rapports précédents. (Rappelons-nous que le mandat du comité consiste à déterminer si les critères relatifs à la préparation ont été respectés). Cela illustre une nouvelle fois l'incapacité du Comité à s'acquitter de son propre mandat et est contraire au rapport final déposé le 15 février 2023.

Enfin, les préjugés et la stigmatisation à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux ont été renforcés par ce rapport majoritaire du Comité et, à cause de son processus imparfait, les Canadiens continueront d'être privés des droits que leur confère la *Charte* en ce qui concerne les soins de fin de vie. La vision paternaliste selon laquelle toutes les personnes souffrant de troubles mentaux sont incapables à prendre des décisions éclairées concernant leurs soins de santé est archaïque, non conforme à la réalité et condescendante. Toute personne jugée capable qui satisfait aux critères d'admissibilité à l'AMM TM-SPMI ne devrait pas être exclue des soins offerts à tous les autres Canadiens. Cependant, cette question n'était pas dans le mandat du Comité, alors que l'évaluation de l'état de préparation l'était; et les experts ont en effet confirmé que les critères de préparation fixés par le gouvernement fédéral ont été atteints. Par conséquent, du point de vue du droit pénal au Canada, des Canadiens ne devraient plus être exclus des décisions concernant l'AMM comme choix de fin de vie. Nous nous inquiétons des personnes qui souffrent profondément. Si le rapport majoritaire est accepté, ces personnes ne pourront entrevoir la fin de leurs souffrances intolérables. Notre préoccupation réside dans le fait que les personnes qui endurent de profondes souffrances sans voir de fin à leur détresse, ainsi que celles qui ont été victimes de discrimination en raison de leur maladie, sont maintenant également victimes de discrimination à cause de la manière dont elles souhaitent mourir.

Conclusion

Le Comité n'a pas fait son travail de manière objective et impartiale, il ne s'est pas acquitté de son mandat, et la recommandation qu'il formule dans le rapport majoritaire n'est donc pas valable. Il n'a pas réussi à :

- évaluer correctement si les critères du gouvernement fédéral concernant le niveau de préparation avaient été atteints;
- prévoir suffisamment de temps pour entendre des témoins bien informés sur le respect des critères concernant le niveau de préparation;
- inviter des représentants d'organismes de réglementation de la profession médicale et des prestataires de l'AMM de l'ensemble des provinces et territoires à venir lui parler du niveau de préparation des systèmes de santé relevant des provinces et territoires;
- apprécier correctement les déclarations des témoins. Il a choisi d'accorder préséance aux témoignages de gens n'ayant pas participé eux-mêmes à des activités de préparation.
- Le Comité a entendu de nombreux témoins qui se sont tout simplement prononcés contre la voie 2 de l'AMM ainsi que contre l'AMM TM-SPMI en général, mais qui n'ont rien dit sur la question du niveau de préparation.
- Dans son rapport majoritaire, le Comité a souscrit au témoignage d'une personne ayant créé ses propres critères de préparation et qui n'avaient l'aval d'aucun autre témoin et qui ne faisaient pas partie des critères de préparation énoncés par le gouvernement fédéral.
- Malheureusement, le rapport majoritaire a donné foi au témoignage négatif, faussé et subjectif d'une seule personne concernant le programme de formation accrédité sur l'AMM, plutôt qu'aux nombreux témoins ayant validé de manière objective et positive le niveau de préparation, la qualité et la disponibilité de ce programme.
- Le rapport majoritaire n'a pas tenu compte de témoignages essentiels exprimés dans des mémoires sur l'état de préparation des provinces.
- Contrairement à l'usage convenu, dans son rapport majoritaire, le Comité n'a pas tenu compte des mémoires portant sur son mandat qui avaient été soumis de bonne foi avant la date limite d'acceptation des mémoires.

Lorsque l'AMM est devenue disponible au Canada, il n'a pas été question de « degré de préparation ». Les médecins, les administrateurs et les organismes de réglementation des systèmes de santé se sont rapidement et efficacement mis au travail pour apprendre les protocoles exigés, créer des normes de soins et établir des voies cliniques. Il n'a pas été question non plus de consensus chez les praticiens de la santé à savoir si l'on devait ou non offrir l'AMM. Exiger maintenant un degré de préparation pour l'AMM TM-SPMI contraste nettement avec cette réalité historique et s'apparente peut-être à de la discrimination et à de la stigmatisation à l'endroit des personnes souffrant d'un trouble mental.

Par conséquent, nous recommandons, en vue d'offrir un accès sécuritaire et équitable aux soins de santé à tous les Canadiens, que le gouvernement fédéral n'accepte pas ce rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (AMAD).

En outre, si le gouvernement du Canada cherche à prolonger l'exclusion de l'admissibilité à l'AMM dans le cas où la maladie mentale est le seul problème de santé invoqué, il ne devrait le faire qu'en même temps qu'un renvoi à la Cour suprême du Canada.

GLOSSAIRE

AMAD : L'acronyme du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir.

AMM TM-SPMI : Aide médicale à mourir lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué.

VOIE 1 : Demande d'AMM faite par une personne dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible et qui répond à tous les autres critères d'admissibilité.

VOIE 2 : Demande d'AMM faite par une personne dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible, mais qui répond à tous les autres critères d'admissibilité.

PROBLÈME DE SANTÉ GRAVE ET IRRÉMÉDIABLE : Selon l'Institut du droit de la santé de l'Université Dalhousie, il s'agit d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable qui se caractérisent par un déclin avancé et irréversible des capacités de la personne. Cette maladie, cette affection ou ce handicap ou ce déclin cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions que la personne juge acceptables.

ACTIVITÉS DE PRÉPARATION : Les quatre activités que le gouvernement fédéral a entreprises pour veiller à l'état de préparation du régime de santé relevant du gouvernement fédéral.

1. Il a commandé un rapport au **Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale**.
2. **Surveillance et rapports** concernant l'AMM au Canada : il a demandé que soit élaborée une réglementation révisée en matière de collecte de données.
3. **Formation** : il a demandé que l'on crée et offre dans tout le Canada un programme de formation accrédité portant sur l'AMM et destiné aux médecins et aux infirmières et infirmiers praticiens.
4. **Normes de pratique en matière de perfectionnement** : il a demandé que l'on élabore des normes de pratique pour les organismes de réglementation des professions de médecin et d'infirmière et infirmier de partout au pays.

ACEPA : Acronyme de l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM.

CRMCD : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

CDMFC : Collège des médecins de famille du Canada.

Respectueusement soumis,

L'honorable Stan Kutcher, sénateur
Nouvelle-Écosse

L'honorable Marie-Françoise Mégie, sénatrice
Québec

L'honorable Pamela Wallin, sénatrice
Saskatchewan

Avec l'appui de

L'honorable Flordeliz (Gigi) Osler
Manitoba

L'honorable Mohamed-Iqbal Ravalia
Terre-Neuve-et-Labrador

AVIS DISSIDENT DU SÉNATEUR DALPHOND

INTRODUCTION

1. Selon un [sondage](#) réalisé en janvier 2023, une large majorité de Canadiens souhaite avoir la possibilité d'accéder à l'aide médicale à mourir (AMM), dans des circonstances bien définies, notamment en cas de maladie grave et résistante aux traitements pour laquelle ils éprouveraient des souffrances intolérables.¹ Pour la plupart de ces Canadiens, il s'agit d'une question de dignité et d'autonomie.

CONTEXTE DE L'EXCLUSION DES MALADIES MENTALES DE L'ACCES A L'AIDE MEDICALE A MOURIR

2. Dans l'affaire [Carter c. Canada \(Procureur général\)](#), (2015), la Cour Suprême du Canada a statué sur une contestation constitutionnelle de la prohibition criminelle de l'AMM initiée quatre ans plus tôt et dont le procès avait fait l'objet d'une procédure accélérée. La Cour a déclaré que l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* protégeait le droit des Canadiens de décider des questions de fin de vie et que les dispositions du *Code criminel* empêchant l'AMM étaient inconstitutionnelles, accordant au Parlement un délai d'un an pour légiférer en conséquence. La Cour a également déclaré que l'AMM pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques en tant que condition médicale unique n'entraîne pas dans les paramètres de ses motifs, malgré les arguments présentés par le procureur général du Canada sur cette question.
3. En juin 2016, le Parlement a adopté le projet de loi gouvernemental C-14, qui modifie le *Code criminel* pour permettre l'accès à l'AMM aux personnes souffrant d'une maladie irréversible et dont le décès est raisonnablement prévisible.
4. Dans l'affaire [Truchon c. Procureur général du Canada](#) (2019), dans le cadre d'une autre contestation constitutionnelle, la Cour supérieure du Québec a conclu que l'accès à l'AMM ne pouvait être restreint aux seules personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible.
5. En réponse, le gouvernement a déposé le projet de loi C-7 qui étend l'accès à l'AMM aux personnes qui ne sont pas en phase terminale, mais qui souffrent d'un état irréversible qui leur est devenu insupportable. Cependant, ce projet de loi excluait expressément toutes les personnes souffrant uniquement d'une maladie mentale irréversible.
6. Comme indiqué dans l'[Énoncé concernant la Charte](#) déposé à la Chambre des communes le 21 octobre 2020, l'exclusion ne repose pas sur l'hypothèse selon laquelle

¹ Le sondage indique que 82 % des Canadiens sont d'accord pour dire qu'avec la mise en place de garanties appropriées, un tel adulte ayant la capacité de donner son consentement éclairé devrait pouvoir demander une évaluation d'aide médicale à mourir.

les personnes atteintes d'une maladie mentale ne sont pas capables de prendre des décisions, ce qui les rendrait inadmissibles à recevoir l'aide médicale à mourir si elles répondent aux autres critères même si elles souffrent d'un autre problème médical considéré comme étant une maladie, une affection ou un handicap grave et irrémédiable. Elle était plutôt fondée sur des appréhensions de complexité et de risques inhérents à l'accès à l'AMM pour ces personnes, tels que la difficulté d'évaluer la capacité de prise de décision, la difficulté de prévoir dans le temps l'évolution d'une maladie mentale par rapport à une maladie physique, et certaines expériences récentes dans les quelques pays qui ont autorisé l'AMM pour les personnes dont la seule condition médicale était une maladie mentale.

7. Ces appréhensions ont été largement acceptées par les partis politiques de la Chambre des communes.
8. Pour sa part, après avoir réexaminé la question, le Sénat a [adopté](#) un amendement visant à soumettre l'exclusion à une clause crépusculaire de 18 mois, afin de mettre en place des lignes directrices et une formation appropriées.
9. En proposant l'amendement, le sénateur Kutcher a déclaré : "La disposition excluant la maladie mentale est stigmatisante, discriminatoire et ainsi probablement inconstitutionnelle."
10. En soutien à cet amendement, j'ai déclaré :

Nous avons aussi entendu des témoignages selon lesquels il est illogique d'exclure les Canadiens qui souffrent uniquement de maladie mentale tout en permettant l'accès à ceux qui ont des problèmes de santé mentale et physique. Dans ces cas, il faut aussi effectuer des évaluations de la capacité, et il semble que c'est possible sans grande difficulté en pratique.

En réalité, comme beaucoup de témoins l'ont dit, l'exclusion proposée renforce, perpétue et exacerbe les mythes et les préjugés entourant la maladie mentale, y compris la croyance selon laquelle les souffrances associées aux maladies mentales sont en quelque sorte moins légitimes que celles causées par les problèmes physiques et que les personnes atteintes d'une maladie mentale n'ont pas la capacité de prendre des décisions par rapport à leurs propres souffrances en toute autonomie.

11. Comme proposé par le gouvernement, une majorité de la Chambre des communes a accepté l'amendement du Sénat, mais a étendu la clause crépusculaire à 24 mois.
12. La Chambre des communes a également ajouté une obligation pour le ministre de la Santé et le ministre de la Justice de confier à un groupe d'experts « un examen indépendant portant sur les protocoles, les lignes directrices et les mesures de

sauvegarde recommandés pour les demandes d'aide médicale à mourir de personnes atteintes de maladie mentale ».

13. Le [rapport final](#) du groupe d'experts a été publié le 13 mai 2022. Le Groupe a conclu que les critères d'admissibilité et les mesures de sauvegarde en vigueur concernant l'AMM renforcés par les autres lois, normes et pratiques en vigueur dans les domaines connexes des soins de santé, peuvent fournir un encadrement adéquat à l'AMM lorsque la seule condition médicale invoquée est la maladie mentale. Toutefois, le Groupe a recommandé qu'une formation spécialisée soit mise à la disposition des prestataires et des évaluateurs avant d'autoriser l'accès.
14. En mars 2023, par le biais du projet de loi C-39, le Parlement a prolongé la clause crépusculaire d'un an, jusqu'au 17 mars 2024. En présentant le projet de loi C-39, le gouvernement [a indiqué](#) qu'une telle prolongation contribuerait à assurer l'état de préparation du système de soins de santé, notamment en accordant plus de temps pour la diffusion et l'utilisation des ressources clés par les communautés médicales et infirmières, y compris les évaluateurs et les fournisseurs de l'AMM.
15. Dans [l'Énoncé concernant la Charte](#) déposé à la Chambre des communes le 15 février 2023, le ministre de la Justice a reconnu que le projet de loi C-39, en interdisant temporairement l'accès à l'AMM lorsque la maladie mentale est le seul problème médical invoqué, serait susceptible de mettre en jeu le droit à la liberté et à la sécurité de la personne protégé par l'article 7 de la *Charte*. Il risquait également de porter atteinte au droit à l'égalité garanti par l'article 15, car l'exclusion ne s'applique qu'aux personnes souffrant d'une maladie mentale.
16. En tant que sénateur du Québec, je ne peux ignorer que, dans son [rapport](#) de décembre 2021, la Commission spéciale sur l'évolution de la *Loi concernant les soins de fin de vie* de l'Assemblée nationale a recommandé de ne pas étendre l'accès à l'AMM aux personnes dont le seul problème médical invoqué est une maladie mentale. Elle a fait cette recommandation d'avis que cela était conforme au principe de précaution que le Québec privilégie depuis le début de ses travaux sur l'AMM et en raison de l'absence de consensus médical et social. En juin 2023, l'Assemblée nationale a adopté le [projet de loi 11](#), modifiant la *Loi concernant les soins de fin de vie*, pour exclure l'accès à l'AMM uniquement pour une maladie mentale.
17. Enfin, les récents [débats](#) à la Chambre des communes sur le projet de loi d'initiative parlementaire C-314 – qui a échoué – ont mis en évidence le fait que de nombreux députés souhaitent toujours exclure de façon permanente l'accès à l'AMM aux personnes souffrant uniquement de maladie mentale, et ce pour les mêmes raisons que celles invoquées pour justifier l'exclusion initialement prévue dans le projet de loi C-7.

LE MANDAT LIMITÉ DU COMITÉ

18. Comme suggéré dans la recommandation 13 du précédent rapport du Comité mixte spécial, ledit comité a été reconstitué en octobre 2023 pour vérifier le degré de préparation atteint pour une application sûre et adéquate de l'aide médicale à mourir lorsque la maladie mentale est le seul problème médical invoqué.
19. Ce mandat limité exclut toute considération de l'accès à l'AMM par le biais de demandes anticipées, applicables dans des circonstances bien définies, telles que le diagnostic d'une maladie irréversible comme la maladie d'Alzheimer. Selon un [sondage](#) réalisé en 2022, 85 % des Canadiens sont favorables aux demandes anticipées pour les personnes souffrant d'une maladie grave et irrémédiable. Il faut espérer qu'une telle tâche sera confiée au Comité mixte spécial dans un avenir proche.

LE COMITE A MALHEURESEMENT VARIÉ DE SA TRAJECTOIRE

20. Pour respecter son mandat limité de vérification du degré de préparation atteint pour une application sûre et adéquate de l'aide médicale à mourir lorsque la maladie mentale est le seul problème médical invoqué, le Comité mixte spécial aurait dû se concentrer sur les témoignages des représentants des associations de médecins, d'infirmières et d'autres personnes impliquées dans la prestation de l'aide médicale à mourir (qui ont dit qu'ils étaient prêts), des organismes de surveillance provinciaux (qui ont dit que des mesures appropriées étaient en place pour assurer l'application adéquate des dispositions du *Code criminel*) et des organismes impliqués dans la formation des personnes fournissant l'aide médicale à mourir (qui ont décrit la formation spéciale déjà dispensée et toujours offerte).
21. Pour plus de détails sur ces preuves, je renvoie à l'analyse détaillée incluse dans le rapport dissident ci-joint de certains de mes collègues du Sénat, essentiellement des experts en matière de fourniture de soins de santé.
22. Malgré cela, le rapport majoritaire conclut que le système médical canadien n'est pas préparé à l'AMM lorsque la maladie mentale est le seul problème médical invoqué. La majorité en arrive à cette conclusion en accordant, peut-être, trop de poids aux témoignages de personnes qui s'opposent depuis longtemps à tout élargissement de l'AMM pour des convictions personnelles.
23. Sur la base de cette conclusion discutable, le rapport recommande que l'exclusion de ce groupe de personnes dure jusqu'à ce que le ministre de la Santé et le ministre de la Justice soient d'avis, sur la base des recommandations de leurs ministères respectifs et en consultation avec leurs homologues provinciaux et territoriaux respectifs et avec les peuples autochtones, que l'AMM peut leur être fourni de manière sûre et adéquate.
24. En outre, le rapport recommande qu'un an avant la date à laquelle il est prévu que la loi autorise l'application de l'AMM à ce groupe de personnes, la Chambre des communes et le Sénat rétablissent le Comité mixte spécial sur l'AMM afin de vérifier le degré de

préparation atteint pour une application sûre et adéquate de l'aide médicale à mourir lorsque la maladie mentale est le seul problème médical invoqué.

25. En d'autres termes, la majorité propose une exclusion générale et indéterminée de l'accès à l'AMM pour toutes les personnes qui invoquent comme seul problème une maladie mentale, mêmes si elles satisfont par ailleurs à toutes les exigences rigoureuses du paragraphe 241.2 du *Code criminel*.
26. A mon avis, cette recommandation découle en grande partie de la croyance qu'il n'y a pas de consensus médical et social suffisant au Canada pour l'accès à l'AMM au seul motif d'une maladie mentale, plutôt que de la seule preuve sur l'état de préparation.
27. Qui plus est, ce prétendu manque d'acceptabilité sociale est discutable. En effet, un [sondage](#) réalisé en janvier 2023 indique que 82 % des Canadiens sont d'accord pour dire qu'avec la mise en place de garanties appropriées, un adulte ayant la capacité de donner son consentement éclairé devrait pouvoir demander une évaluation pour l'aide médicale à mourir pour une maladie mentale grave et résistante aux traitements, qui lui cause des souffrances intolérables. Parmi les 82%, 34 % de personnes sont tout à fait d'accord et 48% plutôt d'accord.
28. En bref, le rapport du Comité mixte spécial s'est éloigné, consciemment ou non, de son mandat qui consistait à vérifier l'état de préparation des organismes de réglementation et des personnes participant à l'évaluation et à la fourniture de l'AMM. L'accent a plutôt été mis sur l'acceptabilité médicale et sociale de la fin de l'exclusion.

UNE RECOMMANDATION CONSTITUTIONNELLE ?

29. Dans l'Énoncé concernant la Charte sur le projet de loi C-39, mentionné plus haut, le ministre de la Justice a reconnu que l'ajout d'une année à la clause crépusculaire afin de prolonger la période d'interdiction d'accès à l'AMM lorsque la seule condition identifiée est la maladie mentale, était susceptible de porter atteinte au droit à la liberté et à la sécurité de ces personnes, garanti par l'article 7 de la *Charte*, ainsi qu'au droit de ne pas faire l'objet de discrimination au sens de l'article 15, puisque l'exclusion ne s'applique qu'aux personnes souffrant d'une maladie mentale.
30. Le fait de recommander maintenant une exclusion générale pour une durée indéterminée de ce même groupe de personnes ne peut que porter atteinte aux droits garantis de ces dernières qu'à un degré encore plus important et, à mon avis, risque fort d'être déclaré inconstitutionnel.
31. Dans l'affaire *Carter* (2015), la Cour Suprême du Canada a déclaré à l'unanimité :

[115] [...] Se fondant sur la preuve relative aux procédures d'évaluation dans la prise de décisions médicales analogues concernant la fin de vie au Canada, la

juge a conclu que la vulnérabilité peut être évaluée au cas par cas au moyen des procédures suivies par les médecins lorsqu'ils évaluent le consentement éclairé et la capacité décisionnelle dans le contexte de la prise de décisions d'ordre médical de façon plus générale. Les préoccupations au sujet de la capacité décisionnelle et de la vulnérabilité se posent dans tous les cas de décisions médicales concernant la fin de vie. D'un point de vue logique, il n'y a aucune raison de croire que les blessés, les malades et les handicapés qui peuvent refuser un traitement vital ou un traitement de maintien de la vie, demander le retrait de l'un ou l'autre traitement, ou encore réclamer une sédation palliative, sont moins vulnérables ou moins susceptibles de prendre une décision faussée que ceux qui pourraient demander une assistance plus active pour mourir. [...]

[116] Comme l'a fait remarquer la juge de première instance, on cautionne implicitement l'évaluation individuelle de la vulnérabilité (quelle que soit sa source) dans la prise de décisions de vie ou de mort au Canada. Dans certains cas, ces décisions sont régies par des directives préalables ou prises par un mandataire spécial. Le Canada ne prétend pas que le risque présent dans ces cas nécessite une prohibition absolue (ces pratiques ne sont d'ailleurs pas réglementées par le gouvernement fédéral). Dans A.C., la juge Abella a fait allusion à la vulnérabilité potentielle des adolescents qui ont à prendre des décisions de vie ou de mort quant à un traitement médical (par. 72-78). Notre Cour a pourtant reconnu implicitement la viabilité d'une évaluation individuelle de la capacité décisionnelle dans le contexte de cette affaire. Nous acceptons la conclusion de la juge de première instance selon laquelle il est possible pour les médecins de bien évaluer la capacité décisionnelle avec la diligence requise et en portant attention à la gravité de la décision à prendre. [soulignements ajoutés]

32. En 2016, après la décision *Carter* et avant l'adoption du projet de loi C-14, la Cour d'appel de l'Alberta a accordé l'accès à l'AMM à une personne souffrant uniquement de maladie mentale. Dans l'affaire [Canada \(Attorney General\) v. E.F.](#), cette Cour a déclaré (traduction interne) :

[59] Comme on peut le voir dans l'affaire *Carter* 2015, la question de savoir si les désordres psychiatriques devraient être exclues de la déclaration d'invalidité a été directement soumise à la Cour ; néanmoins, la Cour a refusé de prévoir une telle exclusion dans ses critères soigneusement élaborés. Notre tâche, et celle du juge des requêtes, n'est pas de réexaminer ces questions, mais d'appliquer les critères établis par la Cour suprême aux circonstances individuelles du requérant. Les critères énoncés au paragraphe 127 et les garanties qui y sont intégrées sont le résultat d'un équilibre minutieux par la Cour d'intérêts sociétaux importants au regard des protections de la *Charte* dont nous bénéficions tous. Les personnes souffrant d'une maladie psychiatrique ne sont pas explicitement ou implicitement exclues si elles répondent aux critères.

33. Dans l'affaire *Truchon (2019)* la Cour supérieure du Québec a déclaré :

[466] De l'ensemble de la preuve, le Tribunal retient essentiellement ce qui suit :

1. L'aide médicale à mourir telle que pratiquée au Canada constitue un processus strict et rigoureux qui, en lui-même, ne présente pas de faiblesse évidente;
2. Les médecins impliqués sont en mesure d'évaluer la capacité des patients à consentir et de déceler des indices d'ambivalence, de troubles mentaux affectant ou susceptibles d'affecter le processus décisionnel ou encore les cas de coercition ou d'abus;
3. La vulnérabilité d'une personne qui demande l'aide médicale à mourir doit exclusivement s'apprécier de manière individuelle, en fonction des caractéristiques qui lui sont propres et non pas en fonction d'un groupe de référence dit « de personnes vulnérables ». Au-delà de divers facteurs de vulnérabilité que les médecins sont en mesure d'objectiver ou de déceler, c'est l'aptitude du patient lui-même à comprendre et à consentir qui s'avère somme toute déterminante en sus des autres critères prévus à la loi;
4. Les médecins impliqués peuvent distinguer un patient suicidaire d'un patient qui recherche l'aide médicale à mourir. De plus, il existe d'importantes différences entre le suicide et l'aide médicale à mourir tant dans les caractéristiques des personnes impliquées que dans les raisons qui les motivent;
5. Ni les données nationales au Canada et au Québec, ni les données étrangères ne font état de dérives, de dérapages ou même de risques accrus chez les personnes vulnérables lorsque la fin imminente de la vie n'est pas un critère pour l'admissibilité à l'aide médicale à mourir.

34. Dans l'affaire [*Ontario \(Procureur général\) c. G*](#) (2020), la Cour suprême du Canada s'est penchée sur une loi qui offrait la possibilité à une personne condamnée pour une infraction sexuelle d'être retirée du registre des délinquants sexuels, tout en refusant telle possibilité aux personnes déclarées non responsables criminellement pour cause de troubles mentaux (NRCTM). La Cour a estimé que l'article 15 de la *Charte*, qui garantit l'égalité, exige que ces personnes aient également accès à un mécanisme d'exclusion, sur la base d'évaluations individualisées. La Cour a conclu qu'un refus général d'exclusion pour ce groupe de personnes était inconstitutionnel. La juge Karakatsanis s'est exprimée au nom de la majorité :

[74] Je suis d'accord avec la Cour d'appel pour dire que la *Loi Christopher* ne porte pas atteinte de façon minimale aux droits garantis par le par. 15(1) aux personnes déclarées non responsables criminellement pour cause de troubles mentaux à l'égard d'une infraction sexuelle qui ont obtenu une libération. La *Loi Christopher* elle-même prévoit des mécanismes qui, après une évaluation individuelle de la situation des délinquants, permettent aux délinquants qui n'ont pas reçu de verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux d'être retirés du registre (pardon absolu), d'être dispensés de l'obligation de se présenter devant les autorités (pardon absolu et suspension du casier judiciaire), ou d'être dispensés au départ de l'obligation de se présenter devant les autorités (absolution au sens du par. 730 du *Code criminel*). L'inclusion de toute méthode permettant aux personnes déclarées non responsables criminellement pour cause de troubles mentaux d'être dispensées des obligations qui leur incombent et d'être retirées du registre à la suite d'une évaluation individuelle porterait moins atteinte aux droits que leur garantit le par. 15(1) et permettrait en fait d'améliorer l'efficacité du registre en restreignant son application aux personnes qui présentent un risque élevé pour la société. [soulignements ajoutés]

35. Avec égard pour ceux qui ont une [opinion différente](#) sur l'état du droit, je préfère celle exprimée par l'Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique dans un [mémoire](#) déposé auprès du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles le 1er décembre 2020, lorsqu'elle déclare :

La maladie mentale ne doit pas être exclue de la définition « d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables ... [dans le *Code criminel*.]

Cette interdiction absolue va à l'encontre de l'arrêt de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 [...]. Elle est donc inconstitutionnelle. Empêcher toutes les personnes souffrant de « maladie mentale » de choisir l'aide à mourir, peu importe l'intensité de leurs souffrances ou à quel point leur maladie est grave ou irrémédiable, et sans égards à la compétence ou au volontarisme de leur décision ignore un droit de la personne octroyé par la Cour suprême du Canada. En bref, le gouvernement doit soutenir les droits de la personne dans le contexte de la santé mentale au lieu de stigmatiser et d'abandonner ceux et celles qui souffrent de troubles mentaux.

36. En conclusion, la recommandation majoritaire d'exclure l'admissibilité à l'AMM pour une période indéterminée mais assurément longue, à toute personne qui invoque comme seule condition une maladie mentale, et ce, sans égard à la compétence et au caractère volontaire des requérants, à la nature non guérissable de leur maladie mentale et à l'intensité de leur souffrance, contrevient à l'article 7 de la *Charte* parce qu'elle est excessive. De plus, l'exclusion de ce groupe de personnes contrevient à

l'article 15 en interdisant l'accès à l'AMM, qui doit reposer dans tous les autres cas sur une évaluation individualisée du respect de toutes les exigences du *Code criminel*.

RECOMMANDATION : UN RENVOI A LA COUR SUPRÊME DU CANADA

37. Le Parlement est constitutionnellement habilité à exiger des procédures particulières, tels que l'avis d'au-moins deux médecins et d'autres mesures de protection, pour déterminer l'accès à l'AMM, si cela est raisonnable au vu des circonstances.
38. Toutefois, il est probablement inconstitutionnel pour le Parlement d'exclure tous les membres d'un groupe spécifique en raison d'une caractéristique personnelle sous prétexte de protection, niant ainsi l'accès à ceux qui remplissent toutes les conditions applicables aux autres personnes, notamment un consentement libre et valable, plutôt que de prévoir une procédure d'évaluation individuelle de l'éligibilité d'une personne à l'accès à l'AMM.
39. Si le Parlement décide néanmoins de mettre en œuvre la recommandation de la majorité, le message envoyé aux personnes concernées par la nouvelle exclusion indéterminée – mais assurément longue – sera de recourir à une contestation constitutionnelle devant les tribunaux, lieux où les preuves peuvent être évaluées objectivement à la lumière des articles 7 et 15 de la *Charte*.
40. Malheureusement, une contestation constitutionnelle est une procédure longue, complexe et couteuse. La contestation dans l'affaire *Carter* a duré quatre années, malgré un procès en procédure accélérée.
41. Entre-temps, l'exclusion recommandée entraînera des souffrances extrêmes voire des suicides chez certaines personnes dotées de la pleine capacité de décider, qui remplissent toutes les autres conditions strictes applicables.
42. Par conséquent, si le Parlement décide d'étendre pour une durée indéterminée l'exclusion de l'accès à l'AMM aux personnes dont la maladie mentale est le seul problème médical invoqué, je recommande que le gouvernement soumette cet amendement à la Cour suprême du Canada pour qu'elle statue sur sa constitutionnalité.

Le gouvernement libéral doit abandonner l'AMM pour les troubles mentaux

Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir : Opinion complémentaire des conservateurs

Ce rapport complémentaire reflète les opinions des conservateurs qui siègent au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (le « Comité ») : L'honorable Yonah Martin (sénatrice, Colombie-Britannique), Shelby Kramp-Neuman, députée (Hastings-Lennox et Addington), Michael Cooper, député (St. Albert-Edmonton), l'honorable Ed Fast, C.P., député (Abbotsford).

Introduction

Les faits sont clairs. Le Canada n'est pas prêt pour l'expansion de l'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué (AMM TM-SPMI). Par conséquent, les conservateurs approuvent la recommandation du Comité selon laquelle le gouvernement ne devrait pas aller de l'avant avec l'AMM TM-SPMI. Toutefois, par souci de clarté, les conservateurs demandent au gouvernement libéral de présenter immédiatement un projet de loi visant à suspendre pour une durée indéfinie l'AMM TM-SPMI. Selon la prépondérance des preuves, l'AMM TM-SPMI ne peut pas être mis en œuvre en toute sécurité.

L'AMM TM-SPMI pose de sérieux problèmes que nous souhaitons développer. Le principal d'entre eux est le fait que (1) il est difficile, voire impossible, de déterminer l'irrémédiabilité d'un trouble mental dans des cas individuels ; et (2) il est difficile pour un clinicien de faire la distinction entre une demande « rationnelle » d'AMM TM-SPMI et une demande motivée par des idées suicidaires. Tant que ces questions ne sont pas résolues, il est impossible de mettre en œuvre l'AMM TM-SPMI en toute sécurité. D'autres problèmes indiquent un manque de préparation, notamment l'inadéquation du matériel de formation et des normes de pratique, ainsi que l'absence de consensus parmi les professionnels de la santé. Ces problèmes, ainsi que d'autres, sont abordés dans ce rapport complémentaire.

D'emblée, nous souhaitons souligner l'incompétence de l'approche adoptée par le gouvernement libéral à l'égard de l'AMM TM-SPMI. Cette approche est tout simplement chaotique. C'est ce que souligne la recommandation du rapport principal, appuyée par tous les partis reconnus à la Chambre des communes, qui demande au gouvernement libéral de ne pas aller de l'avant avec l'AMM TM-SPMI. Nous n'aurions jamais dû en arriver là. C'est la conséquence d'un gouvernement qui a fait passer une idéologie aveugle avant une prise de décision fondée sur des preuves.

Nous nous retrouvons, pour la deuxième fois, à l'approche d'une date limite pour la mise en œuvre de l'AMM TM-SPMI sans être préparés. Nous sommes ici parce que l'ancien ministre de la Justice, David Lametti, a accepté un amendement sénatorial radical de la onzième heure pour lancer l'extension de l'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué. Cette décision a été prise en l'absence d'une étude et d'une consultation suffisantes sur ce qui équivaut à une extension significative de l'AMM, ayant un impact sur les personnes les plus vulnérables de la société canadienne. Si une étude adéquate avait eu lieu avant que cette décision ne soit prise, aucun gouvernement responsable ne serait allé de l'avant avec l'AMM TM-SPMI.

Irrémédiabilité

Au cours de l'année écoulée, aucun progrès significatif n'a été réalisé en vue de résoudre l'enjeu fondamental de la détermination précise de l'irrémediabilité dans le contexte de l'AMM TM-SPMI. Tant que cet enjeu n'est pas résolu, il serait imprudent et dangereux pour le gouvernement libéral d'aller de l'avant avec l'AMM TM-SPMI pour au moins deux raisons. Premièrement, une telle expansion entraînera la mort prématurée de personnes souffrant de troubles mentaux qui, autrement, auraient pu se rétablir. Deuxièmement, la difficulté de déterminer l'irrémediabilité jette un doute sur la possibilité de mettre en œuvre l'AMM TM-SPMI conformément à la loi. En effet, pour pouvoir bénéficier de l'AMM, une personne doit souffrir d'un état pathologique « grave et irrémediable ».

L'irrémediabilité est définie à l'article 241.2(1) du *Code criminel* comme une condition médicale « incurable » et dans un « déclin avancé et irréversible. »¹ En d'autres termes, pour être admissible, un évaluateur de l'AMM doit être convaincu que l'état de la personne ne s'améliorera pas.

Le rapport de mai 2022 du *Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale* (le « Groupe d'experts ») a reconnu la difficulté de déterminer le caractère irrémediable d'un trouble mental :

« L'évolution de nombreux troubles mentaux, comme d'autres problèmes de santé chroniques, est difficile à prévoir pour un individu donné. Les connaissances sur le pronostic à long terme de nombreuses maladies sont limitées et il est difficile, voire impossible, pour les cliniciens de formuler des prévisions précises sur l'avenir d'un patient donné. »² [accent ajouté]

Les difficultés relatives à la détermination de l'irrémediabilité figuraient parmi les raisons citées dans une lettre de décembre 2022 signée par l'*Association of Chairs of Psychiatry in Canada*, qui comprend les chefs des départements de psychiatrie des 17 facultés de médecine, demandant au gouvernement de retarder la mise en œuvre de l'AMM TM-SPMI.³ À la suite de cette lettre, les libéraux ont présenté le projet de loi C-39 visant à retarder la mise en œuvre de l'AMM TM-SPMI d'un an, soit de mars 2023 à mars 2024.

Les preuves présentées au Comité démontrent qu'aucun progrès n'a été réalisé en ce qui concerne la détermination de l'irrémediabilité. Lorsqu'on a demandé à la Dre Mona Gupta, présidente du groupe d'experts, si quelque chose avait changé depuis que le rapport du groupe d'experts de mai 2022 avait conclu qu'il était « difficile, voire impossible » de prédire l'irrémediabilité, elle a répondu : « non, rien n'a changé depuis mai 2022 ».⁴

D'autres psychiatres qui ont comparu devant le Comité ont également convenu que rien n'avait changé. Par exemple, lorsqu'on a demandé au Dr Jitender Sareen, directeur du département de psychiatrie de l'Université du Manitoba, si nous étions plus près de déterminer de manière fiable l'irrémediabilité qu'il y a un an, il a

¹ *Code criminel du Canada* (L.R.C. 1985, ch.-46), s.241.2(2).

² Santé Canada, *Rapport final du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale*, p.9.

³ Baines, Camille. « *Canada should delay MAID for people with mental disorders: psychiatrists* » *CTV News*, 1er décembre 2022

⁴ Témoignages : 7 novembre 2023 (Dre Mona Gupta).

répondu : « rien n'a changé depuis un an ».⁵ De même, le Dr Tarek Rajji, médecin-chef du Comité médical consultatif du Centre de toxicomanie et de santé mentale, a dit : « Il n'y a aucune preuve scientifique à l'appui. Nous ne pouvons toujours pas, à l'heure actuelle, déterminer sur le plan individuel si la personne a une maladie irrémédiable ou non. »⁶ Le Dr Sonu Gaind, chef du Département de psychiatrie à Sunnybrook Health Centre à Toronto a dit : « les données produites un peu partout dans le monde démontrent que le caractère irrémédiable ne peut pas être prédit dans le cas des maladies mentales. »⁷

Plusieurs psychiatres de renom ont averti le Comité que cette difficulté signifie que l'AMM TM-SPMI ne peut pas être mise en œuvre en toute sécurité. Les décisions de l'AMM dans le cas d'un trouble mental seront basées sur « de pressentiments et de suppositions qui pourraient être complètement erronés ». ⁸ Selon le Dr Gaind, les preuves montrent que « les prédictions [sur l'irrémédiabilité] sont erronées dans plus de la moitié des cas ». ⁹ En tant que tel, le Dr Gaind a affirmé que cela « signifie que [les prestataires de l'AMM offriraient] la mort sous de faux prétextes ». ¹⁰

Le caractère inapproprié d'aller de l'avant avec l'AMM TM-SPMI, compte tenu de ce niveau d'incertitude, est soulignée par la preuve que les personnes souffrant d'un trouble mental peuvent souvent se rétablir « grâce à des traitements fondés sur des données probantes ». ¹¹ Selon le Dr Sareen :

« 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. »¹²

Les troubles mentaux sont différents des maladies telles que le cancer en phase terminale pour lesquelles les Canadiens peuvent avoir accès à l'AMM. Contrairement au cancer, il est difficile, voire impossible, d'être certain de l'évolution future d'un cas individuel lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué.¹³

Bien que le rapport du Groupe d'experts reconnaisse la difficulté de déterminer l'irrémédiabilité, il recommande que les évaluations soient effectuées « au cas par cas », en l'absence de critères objectifs. Le groupe d'experts a recommandé que « le demandeur et les évaluateurs doivent parvenir à une vision commune selon laquelle la personne souffre d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable », y compris en tenant compte des tentatives de traitement antérieures.¹⁴

Nous soutenons que cette approche est cavalière, inadéquate et qu'elle entraînera la mort prématurée de personnes qui pourraient se rétablir. Elle suppose à tort que parce qu'une personne n'a pas encore été soulagée d'un trouble mental, elle ne peut pas l'être. S'appuyer sur l'accord d'un évaluateur et d'un

⁵ Témoignages : 21 novembre 2023 (Dr. Jitender Sareen).

⁶ Témoignages : 28 novembre 2023 (Dr Tarek Rajji).

⁷ Témoignages : 28 novembre 2023 (Dr Sonu Gaind).

⁸ Témoignages : 26 mai 2022 (Dr Mark Sinyor).

⁹ Témoignages : 28 novembre 2023 (Dr Sonu Gaind) ; Nicolini ME, Jardas EJ, Zarate CA, Gastmans C, Kim SYH. Irremediability in psychiatric euthanasia: examining the objective standard. *Psychological Medicine*. 2023;53(12):5729-5747. doi:10.1017/S0033291722002951

¹⁰ Témoignages : 28 novembre 2023 (Dr. Sonu Gaind).

¹¹ Témoignages : 21 novembre 2023 (Dr. Jitender Sareen).

¹² ibidem

¹³ Témoignages : 26 mai 2022 (Dr John Maher).

¹⁴ Santé Canada, Rapport final du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale, p.13.

demandeur « au cas par cas » est particulièrement imprudent face à la rareté des preuves que la personne souffrante n'ira pas mieux.

Le Dr Sareen, s'exprimant au nom de huit chaires de psychiatrie de facultés de médecine du Canada, a dit que « nous recommandons instamment de suspendre durablement l'élargissement de l'aide médicale à mourir aux troubles mentaux comme seul problème médical invoqué au Canada ». Comme le Dr Sareen l'a succinctement exprimé : « Tout simplement... nous ne sommes pas prêts ». Cette évaluation a été partagée par d'autres éminents psychiatres qui ont comparu devant le Comité.¹⁵

Les conservateurs sont d'accord. Étant donné que les dispositions de l'AMM du Canada sont destinées à être réservées à ceux qui ne peuvent pas se rétablir, l'AMM TM-SPMI ne peut pas aller de l'avant de manière appropriée avant que la question fondamentale de l'irréversibilité ne soit résolue. En outre, il serait juridiquement incohérent, eu égard à la condition préalable de souffrir d'une maladie ou d'une affection irréversible pour être admissible à l'AMM.

Suicide

L'ensemble des preuves démontre qu'il est difficile pour les cliniciens de distinguer une demande AMM TM-SPMI « rationnelle » d'une demande motivée par des idées suicidaires. Cette difficulté est soulignée par le fait qu'environ 90 % des personnes qui se suicident souffrent d'un trouble mental pouvant être diagnostiqué.¹⁶ Cette difficulté est cliniquement et socialement problématique. Tant que cette difficulté sera présente, la frontière entre la prévention du suicide et l'assistance au suicide sera floue.¹⁷

Le Dr Gaidin a expliqué :

« Les données scientifiques démontrent l'impossibilité de distinguer entre les idées suicidaires causées par la maladie mentale et les conditions qui conduisent à faire une demande d'AMM pour des motifs psychiatriques. Les caractéristiques en commun dans les deux situations laissent entendre qu'il n'y a peut-être aucune distinction à établir. »¹⁸

Interrogé sur la manière dont les psychiatres sont formés pour séparer les idées suicidaires des demandes d'AMM psychiatriques, le Dr Sareen a répondu :

« Il n'y a pas de définition opérationnelle claire qui permet 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. »¹⁹

Dans le même ordre d'idées, le Dr Rajji a fait remarquer :

¹⁵ Témoignages : 21 novembre 2023 (Dr Jitender Sareen) ; Témoignages : 28 novembre 2023 (Dr Sonu Gaidin).

¹⁶ Témoignages : 25 mai 2022 (Dr Brian Mishara) ; Témoignages : 26 mai 2022 (Dre Georgia Vrakas) ; Conseil des académies canadiennes, L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué, p. 47 et 188.

¹⁷ Témoignages : 26 mai 2022 (Dr John Maher) ; Témoignages : 25 mai 2022 (Dr Brian Mishara).

¹⁸ Témoignages : 28 novembre 2023 (Dr Sonu Gaidin).

¹⁹ Témoignages : 21 novembre 2023 (Dr Jitender Sareen).

« Il n’y a pas de moyen évident de cerner les idées suicidaires ou une intention suicidaire dans les demandes d’aide médicale à mourir. Il faut donc tenir des discussions pour parvenir à un consensus et à un accord, entre professionnels, au sujet de la partie de l’histoire d’une personne atteinte d’une maladie qui permettrait de distinguer les deux cas. Ce n’est pas simple. »²⁰

Le Dr Sareen a mis en garde contre le fait que l’AMM TM-SPMI facilitera les décès inutiles et sapera les efforts de prévention du suicide.²¹ Il a également souligné le phénomène de contagion des suicides liés à l’AMM :

« 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. [...] On va non seulement faire augmenter le nombre de décès par suicide, mais aussi le nombre de décès liés à l’AMM. »²²

Compte tenu de ce qui précède, les conservateurs détestent l’inévitabilité du fait que l’AMM TM-SPMI conduira à un suicide facilité par l’État. Le Groupe d’experts a rejeté avec désinvolture cette grave préoccupation, en déclarant :

« En autorisant l’AMM dans de tels cas, la société fait le choix éthique de permettre à certaines personnes de bénéficier de l’AMM au cas par cas, peu importe si l’AMM et le suicide soient considérés comme distincts ou non. »²³

Sans plus, ce raisonnement est moralement pervers et en décalage avec les mœurs éthiques de la plupart des Canadiens. La plupart des Canadiens ne souhaitent pas que l’État facilite le suicide comme solution à la souffrance psychologique.²⁴ Les conservateurs estiment que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale méritent de l’aide et de l’espoir, et non un suicide facilité par l’État. L’AMM TM-SPMI empêchera la première solution tout en garantissant la seconde. Face à cela, nous estimons que l’adoption de l’AMM TM-SPMI est une erreur et une profonde imprudence.

Normes de pratique et ressources de formation inadéquates

Les partisans de la mise en œuvre de l’AMM TM-SPMI soulignent que l’élaboration de ressources de formation et de normes de pratique démontre l’état de préparation. Plus précisément, ils citent le Programme canadien de formation sur l’AMM élaboré par l’Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l’AMM (ACEPA), ainsi que le Modèle de norme de pratique en matière d’aide médicale à mourir élaboré par le Groupe de travail nommé par le gouvernement libéral. Les conservateurs ne sont pas d’accord. Ni le développement du programme de formation de l’ACEPA, ni le Modèle de norme de pratique ne sont satisfaisants. Ils

²⁰ Témoignages : 28 novembre 2023 (Dr Tarek Rajji).

²¹ Témoignages : 21 novembre 2023 (Dr Jitender Sareen).

²² *Ibidem*

²³ Santé Canada, *Rapport final du Groupe d’experts sur l’AMM et la maladie mentale*, p.71.

²⁴ *Angus Reid Institute, Mental Health and MAID: Canadians who struggle to get help more likely to support expanding eligibility*, 28 septembre 2023.

n'abordent pas les questions fondamentales de l'irrémédiabilité et de la suicidalité qui, pour les raisons expliquées ci-dessus, sont des conditions préalables à la préparation.

Les témoins du Comité, Julie Campbell, qui a comparu au nom de l'ACEPA, et le Dr Gordon Gubitz, qui a comparu au nom de *Nova Scotia Health*, ont été incapables d'identifier des critères spécifiques dans le programme de formation de l'ACEPA pour aider les cliniciens à déterminer l'irrémédiabilité.²⁵ Sans plus, l'absence de critères sur une question aussi importante que l'irrémédiabilité représente un échec complet de la part de l'ACEPA à préparer adéquatement les cliniciens pour l'AMM TM-SPMI.

Dans le même ordre d'idées, le Dr Gaidn a qualifié le programme de « tout à fait inadéquat ».²⁶ En ce qui concerne la suicidalité, le Dr Gaidn s'est dit choqué, déclarant que le programme « comprend 10 pages, dont cinq diapositives avec du contenu et un clip audio de quatre minutes et demie. »²⁷ Il a qualifié cette formation de « dangereuse », car elle conduirait les évaluateurs à croire qu'ils peuvent distinguer la suicidalité d'une demande d'AMM psychiatrique, en l'absence de preuves à l'appui.²⁸

Des problèmes similaires existent avec le Modèle de norme de pratique. Le Modèle de norme de pratique n'offre pas de lignes directrices pour déterminer l'irrémédiabilité ou pour distinguer la suicidalité d'une demande d'AMM psychiatrique.

Nous sommes également alarmés par la définition large des « troubles mentaux » prévue par le Modèle de norme de pratique. Il stipule que tout ce qui figure dans le DSM5-TR peut être considéré comme un trouble mental aux fins de l'accès à l'AMM.²⁹ Le DSM5-TR énumère un large éventail de troubles et de conditions, dont la dépression, l'anxiété, la schizophrénie et les troubles de la personnalité, entre autres.³⁰ Bien que le contexte législatif sur le Projet de loi C-7 indique que la « maladie mentale » aux fins de l'AMM se réfère généralement « les affections qui relèvent principalement du domaine de la psychiatrie, »³¹ il n'existe pas de sauvegardes législatives pour assurer la protection des personnes souffrant de troubles mentaux qui sont généralement traités par des spécialités autres que la psychiatrie, comme les troubles du spectre autistique. Plusieurs témoins ont confirmé que cette définition large pourrait même rendre les personnes souffrant de troubles liés à l'abus de substances éligibles à l'AMM TM-SPMI.³²

Cette éligibilité radicalement élargie illustre à quel point le Canada est en train de s'engager sur une « pente glissante », prévenue à l'avance mais trop souvent ignorée. Si elle était mise en œuvre, la portée de l'AMM changerait fondamentalement pour s'apparenter à un suicide sanctionné et facilité par l'État, ce qui porterait atteinte à la dignité humaine et au caractère sacré de la vie.

Mettant de côté nos préoccupations de fond concernant le programme de formation de l'ACEPA et le Modèle de norme de pratique, d'autres problèmes liés à la mise en œuvre de ces matériels témoignent d'un manque de préparation. L'adoption du Modèle de norme de pratique a été inégale dans les provinces et les territoires.

²⁵ Témoignages : 21 novembre, 2023 (Mme Julie Campbell) ; Témoignages : 21 novembre 2023 (Dr Gordon Gubitz).

²⁶ Témoignages : 28 novembre 2023 (Dr Sonu Gaidn).

²⁷ Ibidem

²⁸ Ibidem

²⁹ Santé Canada, Modèle de norme de pratique en matière d'aide médicale à mourir (AMM), Mars 2023, p.27.

³⁰ *American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).*

³¹ Contexte législatif : Projet de loi C-7 : Réponse législative du gouvernement du Canada à la décision Truchon de la Cour supérieure du Québec.

³² Témoignages : 7 novembre 2023 (Dre Mona Gupta) ; Témoignages : 21 novembre 2023 (Dr Gordon Gubitz).

Nous notons que le Québec a modifié sa loi sur l'AMM pour *interdire* expressément l'AMM TM-SPMI. Le programme de formation de l'ACEPA a été peu adopté par les professionnels de la santé. Un minuscule deux pour cent des psychiatres du Canada se sont inscrits au programme de formation de l'ACEPA³³ – un programme qui n'a été dévoilé qu'à l'automne 2023.

Les témoignages des membres du Comité ont également souligné l'absence de lignes directrices pour la pratique clinique. Le Dr Rajji, qui a comparu devant le Comité au nom du Centre de toxicomanie et de santé mentale, a déclaré que les professionnels de la santé « disent clairement » au Centre de toxicomanie et de santé mentale qu'il faut « de directives mieux définies ». ³⁴ Toutes ces lacunes pratiques et logistiques démontrent que, indépendamment des mérites de l'AMM-SPMI, le Canada n'est pas prêt à ce que l'AMM-SPMI entre en vigueur en mars 2024.

Absence de consensus parmi les professionnels de la santé

Notre position selon laquelle l'AMM TM-SPMI ne devrait pas être mis en œuvre est soulignée par l'absence de consensus, et en fait l'opposition générale, de la part des professionnels de la santé. Ce manque de consensus et cette opposition générale ne se limitent pas à la question de l'état de préparation à partir de mars 2024. Elle s'applique également à la pertinence de l'AMM TM-SPMI en général.

Interrogée sur le consensus parmi les psychiatres, la Dre Alison Freeland, représentant l'Association des psychiatres du Canada (APC), n'a pas été en mesure de confirmer l'existence d'un consensus.³⁵ Le Dr Sareen a noté que « la plupart des sondages attestent que la majorité des psychiatres sont contre l'AMM pour troubles mentaux ». ³⁶

Une enquête menée en octobre 2023 auprès des psychiatres du Manitoba a révélé que 49 % des psychiatres de cette province s'opposent à la loi légalisant l'AMM TM-SPMI, contre seulement 33 % qui la soutiennent.³⁷ Le sondage a également révélé qu'une écrasante proportion de 80 % des psychiatres du Manitoba croient que le Canada n'est pas prêt à mettre en œuvre l'AMM TM-SPMI.³⁸ Un sondage réalisé en octobre 2021 par l'*Ontario Medical Association* a révélé que 56 % des répondants ne sont pas d'accord ou pas du tout d'accord avec le fait que l'AMM TM-SPMI devrait être disponible, contre seulement 28 % des répondants qui sont d'accord ou tout à fait d'accord.³⁹

Ces résultats reflètent l'équilibre des témoignages des témoins experts non militants qui ont comparu devant le Comité. Nous observons que la plupart des témoignages que le Comité a entendus en faveur de la mise en œuvre de l'AMM TM-SPMI provenaient de personnes ayant un passé d'activiste de l'AMM, ainsi qu'une implication dans le développement du programme de formation de l'ACEPA et du Modèle de norme de pratique, qui, sans surprise, « notent favorablement leurs propres devoirs ».

³³ Témoignages : 7 novembre 2023 (Dre Alison Freeland).

³⁴ Témoignages : 28 novembre 2023 (Dr Tarek Rajji).

³⁵ Témoignages : 7 novembre 2023 (Dre Alison Freeland).

³⁶ Témoignages : 21 novembre 2023 (Dr Jitender Sareen).

³⁷ Université du Manitoba, *Medical Assistance in Dying for Mental Disorders: A Survey of University of Manitoba Faculty and Residents*, janvier 2023.

³⁸ Ibidem

³⁹ *Ontario Medical Association, MAID Survey of OMA Section on Psychiatry Members*, octobre 2021.

Cette absence de consensus et cette opposition générale devraient faire réfléchir le gouvernement. Nous pensons qu'il doit y avoir quelque chose qui se rapproche d'un consensus professionnel avant que l'AMM TM-SPMI puisse être mise en œuvre. Après tout, l'AMM TM-SPMI implique des décisions de vie ou de mort et aura un impact sur certaines des personnes les plus vulnérables de la société canadienne. Tout ce qui n'est pas un soutien massif de la part des professionnels de la santé jette un doute sérieux sur la pertinence du concept de l'AMM TM-SPMI, sans parler de la question de l'état de préparation.

Autres considérations

L'AMM TM-SPMI n'est pas une obligation constitutionnelle, c'est une décision politique

La mise en œuvre de MAID MD-SUMC est une décision politique de la part gouvernement libéral.

Certains partisans de l'AMM TM-SPMI ont tenté de « brouiller les pistes » en affirmant que l'AMM TM-SPMI est une obligation constitutionnelle. Par exemple, la professeure Jocelyn Downie, une importante militante de l'AMM, a cité au Comité la décision *Carter* de la Cour suprême du Canada, ainsi que la décision *EF* de l'Alberta, à l'appui de cette affirmation.⁴⁰ L'ancien ministre de la Justice, David Lametti, a affirmé être contraint par les tribunaux lorsqu'il a tenté de justifier cette expansion.

Respectueusement, cette affirmation est sans fondement. Notre point de vue est étayé par l'analyse de 28 professeurs de droit qui ont signé une lettre affirmant que l'AMM TM-SPMI n'est pas constitutionnellement nécessaire.⁴¹

Les professeurs de droit ont noté que dans *Carter*, la Cour suprême a explicitement déclaré que l'AMM dans les cas de troubles psychiatriques « ne s'appliqueraient pas » à la décision.⁴² Les paramètres de *Carter* sont limités aux faits précis de cette affaire. Par conséquent, comme l'observent les professeurs : « La Cour suprême du Canada n'a jamais conclu qu'il existe un droit constitutionnel général d'obtenir un suicide assisté par un fournisseur de soins de santé en fin de vie. »

En ce qui concerne *EF*, la Cour d'appel de l'Alberta a interprété l'arrêt *Carter* comme n'excluant pas les maladies mentales. Cependant, la décision *EF* a été rendu avant l'adoption du projet de loi C-14, dont l'effet était d'interdire l'AMM TM-SPMI. De plus, la Cour d'appel de l'Alberta a nuancé sa décision en déclarant : « Les questions qui pourraient être soulevées au sujet de l'interprétation et de la constitutionnalité d'une loi éventuelle devraient évidemment attendre que la loi ait été promulguée. »⁴³ Cette décision n'a pas fait l'objet d'un appel devant la Cour suprême et aucun autre tribunal ne s'est prononcé sur la question.

En bref, il n'existe aucun précédent contraignant en ce qui concerne l'affaire AMM TM-SPMI. Toute jurisprudence future est purement spéculative. Nous ne pensons pas qu'il soit prudent de mettre en œuvre

⁴⁰ Témoignages : 21 novembre 2023 (Dre Jocelyn Downie).

⁴¹ Dr Trudeau Lemmens et al., Parliament is not forced by the courts to legalize MAID for mental illness: Law Professor's Letter to Cabinet, 2 février 2023.

⁴² Ibidem; *Carter c. Canada*, 2015 CSC, parag. 111.

⁴³ Ibid ; *Canada (Procureur général) c. E.F.*, 2016 ABCA 155, parag. 72.

l'AMM TM-SPMI sur la base d'une telle opinion spéculative, en particulier face aux défis cliniques et éthiques importants qui entourent l'AMM TM-SPMI.

Allégations non étayées concernant l'adoption probablement limitée de l'AMM TM-SPMI

Plusieurs témoins ont tenté de minimiser les inquiétudes concernant l'impact de l'AMM TM-SPMI sur les Canadiens vulnérables, affirmant, sans preuve, que seul un segment infime de la population serait admissible.⁴⁴ La praticienne de l'AMM, la Dre Stefanie Green, a audacieusement affirmé que le taux de participation annuel pourrait n'être que « peut-être de quelques dizaines. »⁴⁵

Nous ne sommes pas convaincus que cette expansion sera aussi limitée. Il a été noté que la participation a été relativement faible dans les pays du Benelux.⁴⁶ En fait, aux Pays-Bas, seulement environ 5 à 10 % des demandes d'AMM TM-SPMI sont acceptées.⁴⁷

Nous soutenons que les pays du Benelux ne constituent pas un bon point de comparaison, car dans ces pays, les patients doivent légalement épuiser toutes les options de traitement pour se qualifier pour l'AMM TM-SPMI. Le Canada ne dispose pas d'une telle sauvegarde et, chose choquante, le groupe d'experts a recommandé de ne pas ajouter de mesures de sauvegarde législatives supplémentaires. En l'absence de sauvegardes similaires à celles du Benelux, il y a tout lieu de penser que le taux d'utilisation sera considérablement plus élevé au Canada.

Nous notons en outre que le Canada dispose sans doute déjà du régime d'AMM le plus permissif au monde. Conformément à cela, même sans cette expansion, il y a eu une augmentation significative des cas d'AMM au Canada depuis que le projet de loi C-14 est devenu loi en 2016. Les dernières données montrent qu'il y a eu 13 241 décès dus à l'AMM au Canada en 2022, ce qui représente 4,1 % de tous les décès.⁴⁸ Cela représente une augmentation assez importante de 31 % par rapport à 2021 et une augmentation stupéfiante de 1 216 % par rapport à la première année où l'AMM était disponible.⁴⁹ En revanche, en Californie, qui exige l'auto-administration des médicaments utilisés pour mettre fin à la vie d'une personne, il n'y a eu que 853 décès par AMM en 2022.⁵⁰ Nous citons la Californie comme élément de comparaison, car il s'agit d'une juridiction dont la population est similaire à celle du Canada et qui a légalisé l'AMM à peu près au même moment (2016). Ces chiffres sont en eux-mêmes inquiétants et ne permettent pas de croire à l'affirmation selon laquelle l'AMM TM-SPMI sera peu utilisée.

Consultation insuffisante des populations autochtones

La décision politique du gouvernement libéral d'élargir l'AMM TM-SPMI a été prise sans aucune consultation digne de ce nom avec les peuples autochtones. D'après le témoignage de Jocelyne Voisin de Santé Canada, il est évident que la consultation n'a commencé que récemment. Selon Mme Voisin, les résultats de cette

⁴⁴ Témoignages : 7 novembre 2023 (Dre Mona Gupta) ; Témoignages : 7 novembre 2023 (Dre Alison Freeland).

⁴⁵ Témoignages : 21 novembre 2023 (Dre Stefanie Green).

⁴⁶ Témoignages : 7 novembre 2023 (Le sénateur dr Stan Kutcher).

⁴⁷ Témoignages : 28 novembre 2023 (Dr Sonu Gaiind).

⁴⁸ Santé Canada, *Quatrième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada 2022*, p.5.

⁴⁹ Santé Canada, *Premier rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada 2019*, p.19.

⁵⁰ *California Department of Public Health, California End of Life Option Act 2022 Data Report*, juillet 2023, p.3.

consultation seront publiés dans un rapport sur « ce que nous aurons entendu » en 2025, soit un an après l'expansion prévue de l'AMM TM-SPMI.⁵¹

Ce manque de consultation est inacceptable, en particulier face aux vulnérabilités et aux besoins de santé uniques auxquels sont confrontées les communautés autochtones.⁵² Elle souligne le manque de préparation pour la mise en œuvre de l'AMM TM-SPMI.

Des centaines de mémoires négligés

Cette étude a fait l'objet d'une forte mobilisation du public. Près de 900 mémoires ont été soumis au greffier du Comité. Les ressources limitées n'ont pas permis de traduire ces mémoires suffisamment tôt pour qu'ils puissent être considérés comme des éléments de preuve pour le rapport du Comité. Il s'agit là d'un échec profondément décevant et inacceptable pour un Parlement du G7.

Par conséquent, des voix importantes, y compris celles de Canadiens vulnérables qui pourraient être affectés par l'AMM TM-SPMI, n'ont pas pu se faire entendre. Nous pensons que l'équilibre des preuves contenues dans les mémoires aurait renforcé notre position selon laquelle le gouvernement ne devrait pas aller de l'avant avec l'AMM TM-SPMI.

Conclusion

Les problèmes fondamentaux liés à la détermination précise de l'irrémediabilité et de la suicidalité dans le contexte de l'AMM TM-SPMI sont aussi présents aujourd'hui qu'ils l'étaient il y a un an. Tant que ces problèmes ne seront pas résolus, l'AMM TM-SPMI ne pourra pas être mise en œuvre en toute sécurité. Par conséquent, il serait imprudent et dangereux pour le gouvernement libéral de permettre à l'AMM TM-SPMI d'aller de l'avant en mars 2024.

Il n'y a aucune raison de croire que ces problèmes fondamentaux seront résolus dans un avenir prévisible. Par conséquent, une autre échéance arbitraire prolongeant la clause de temporisation, bien qu'elle soit préférable à la poursuite du projet, n'est pas la voie à suivre.

Le gouvernement libéral doit plutôt présenter immédiatement un projet de loi visant à modifier le Code criminel afin de prévoir qu'un trouble mental n'est pas une condition médicale pour laquelle une personne pourrait recevoir l'AMM. En d'autres termes, le gouvernement libéral doit abandonner définitivement cette expansion de l'AMM. S'il ne le fait pas, il entraînera inévitablement la mort prématurée de Canadiens vulnérables qui auraient pu se rétablir. Un tel résultat est inacceptable et évitable, mais seulement si le gouvernement libéral agit. Nous l'exhortons à le faire, avant qu'il ne soit trop tard.

Respectueusement soumis,

⁵¹ Témoignages : 21 novembre 2023 (Mme Joycelyn Voisin).

⁵² Témoignages : 28 novembre 2023 (Professeur Archibald Kaiser).

L'honorable Yonah Martin, sénatrice
Colombie-Britannique

Shelby Kramp-Neuman, députée
Hastings—Lennox and Addington

Michael Cooper, député
St. Albert—Edmonton

L'honorable Ed Fast C.P., député
Abbotsford

Ce rapport se veut complémentaire, mais je tiens à soulever certaines interrogations quant au libellé de la recommandation finale et des réserves quant à la méthodologie et l'organisation de nos travaux afin de nous acquitter de notre tâche (par exemple siéger et délibérer par extension de délais) et ce depuis le début des travaux du Comité spécial mixte (CSM) sur l'AMM. Je tiens à saluer le personnel de la Bibliothèque du Parlement pour l'investissement dont ils ont fait preuve et le travail qu'ils ont accompli au cours de cette étude, et surtout je remercie tous les témoins qui ont participé à cette étude quelle qu'en soit la manière, en témoignant et/ou en envoyant un mémoire.

La source du problème

- 1- Nous déplorons qu'en matière d'AMM le gouvernement fédéral, et ce depuis l'Arrêt Carter¹, se traîne les pieds ce qui contraint les parlementaires à toujours travailler à la « va vite » à l'intérieur d'échéanciers souvent irréalistes dans des conditions qui sont loin d'être optimales tant du point de vue méthodologique que de l'organisation du travail. Nos dernières assises en sont un exemple manifeste.

De prolongation en prolongation

- 2- Prolonger un délai **sans changer** pour autant, une fois le délai obtenu, l'organisation du travail, initialement bancal à cause du peu de temps, ne fait que perpétuer un prolongement bancal du travail. Qu'on pense aux demandes d'extension de délais depuis l'ARRÊT CARTER. D'autre part, il suffit de colliger, tout au long des travaux du Comité spécial mixte, toutes les fois au cours desquelles, dans le mot de clôture d'un panel ou d'une séance, les présidents du comité, s'adressant aux témoins, s'excusaient du peu de temps que nous leur avons consacré. À titre d'exemple, recevoir dans une même heure trois spécialistes en ne leur donnant que 5 minutes de présentation, sans avoir reçu en amont leur mémoire (parfois parce que convoqué à la dernière minute ou par manque de temps pour la traduction) afin de mieux préparer les échanges. Ou encore, placer trois panélistes experts par heure, dont certains seront à peine questionnés parce que le témoin n'intéresse pas les autres partis... C'est loin d'être optimal. Il eut fallu s'inspirer de la méthodologie exemplaire des travaux de l'ASSNAT (Assemblée nationale du Québec) en matière d'AMM.
- 3- L'autre source du problème est liée au fait que contrairement à l'ASSNAT, le Parlement canadien ne sera jamais le théâtre d'une démarche consensuelle ou transpartisane quant à l'organisation des travaux, parce que les Conservateurs sont incapables de ne pas être partisans lorsqu'il s'agit d'AMM. Tous les moyens sont bons pour mettre les bâtons dans les roues.
- 4- Pendant qu'à Ottawa on était incapable de proactivité et d'une démarche transpartisane, l'Assemblée nationale du Québec (ASSNAT) amorçait en 2012 des travaux transpartisans

¹ [Carter c. Canada](#) (Procureur général), 2015 CSC 5.

et des consultations qui allaient conduire trois ans plus tard à la première « loi concernant les soins de fin de vie² ». Quant au gouvernement canadien et à la Chambre des communes, ils refusaient d'être proactifs en matière d'AMM en rejetant par exemple les projets de loi de Francine Lalonde et en ne présentant aucun projet de loi émanant du gouvernement en la matière.

- 5- D'ailleurs, en matière d'AMM, c'est la Cour suprême qui a obligé la Chambre des communes en 2015 à modifier le Code criminel afin de répondre aux demandes des patients qui voyaient leurs droits constitutionnels bafoués.
- 6- Quant à nos récents travaux en lien avec la recommandation 13 du rapport du Comité spécial mixte (CSM) sur l'AMM déposé en février 2023³, il est clair que l'hésitation du gouvernement à reconstituer le comité dès la fin septembre pour que le CSM siége dès le début octobre aura eu pour effet de limiter l'échéancier des séances de travail et de se doter d'une méthodologie plus adéquate. Il faut déplorer que nous n'ayons pas eu accès aux mémoires des principaux témoins experts en lien direct avec le mandat spécifique à l'étude ni eu accès aux compléments d'information demandés pour établir la pertinence de certains témoignages.

Sur le fond : la nécessité d'ouvrir l'aide médicale à mourir (AMM) aux TM comme SPMI

- 7- Le Bloc québécois est d'avis que l'arrêt Carter et le jugement Beaudoin⁴ justifient l'ouverture de l'AMM aux personnes aux prises avec un TM-SPMI dont la souffrance chronique est devenue intolérable.
- 8- Les tribunaux (Arrêt Carter, Jugement Beaudoin) ont établi que, sur le fond, une interdiction absolue de l'AMM pour les personnes aux prises avec un trouble mental comme seul problème médical invoqué (TM-SPMI) serait discriminatoire et injustifiée. Au nom de quoi l'État devrait — il porter atteinte ou restreindre le droit à l'autodétermination d'une personne atteinte d'un TM alors que sa capacité décisionnelle n'est pas affectée ?
- 9- Le rôle de l'État ce n'est pas de prétendre (en matière aussi intime que sa propre mort), savoir mieux que la personne aux prises avec des souffrances intolérables ce qui est son bien (bienfaisance). **Le rôle de l'État est d'assurer les conditions d'exercice d'un choix libre et éclairé de la personne.**
- 10- Le droit et l'éthique clinique ont déjà reconnu au patient le droit à l'autodétermination de sa personne. **Le consentement libre et éclairé, la décision éclairée, l'exercice de la capacité décisionnelle du patient lorsqu'elle a bien été établie selon les règles de l'art, s'oppose au paternalisme médical.** Ainsi, la littérature de bioéthique explique que nous

² Québec, [Loi concernant les soins de fin de vie](#), ch. S-32.0001, 40e législature, 1re session.

³ Parlement du Canada, [Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, L'aide médicale à mourir au Canada : les choix pour les Canadiens](#), 1re session, 44e législature, février 2023.

⁴ [Truchon c. Procureur général du Canada](#), Procureur général du Canada. 2019, QCCS 3792.

sommes passés de l'acharnement thérapeutique à la reconnaissance du droit de mourir. À partir de ce moment, l'acharnement curatif motivé par un paternalisme médical a dû faire de la place à la volonté du patient et au droit du patient de se prévaloir des soins palliatifs, des soins de confort et plus tard de l'AMM. D'autre part, ce respect de l'autonomie et du droit à l'autodétermination de la personne du patient souffrant aura mené, dans la pratique clinique et le droit, à la **reconnaissance du refus d'un traitement vital et la cessation de traitement** comme éléments d'une **bonne pratique médicale**.

11- **Pourquoi** en serait-il autrement pour certains patients aux prises avec un **Trouble Mental** dont la souffrance est devenue intolérable et dont la chronicité a été établie dans le temps et dont le dossier médical démontre sans l'ombre d'un doute que tous les traitements disponibles ont été dispensés sans une amélioration permanente ou un allègement significatif de la souffrance devenue intolérable ?

Faire une demande ne signifie pas être admissible

12- Le Rapport du groupe d'experts⁵ qui a suggéré les conditions à partir desquelles l'AMM pourrait s'étendre aux TM — SPMI sont claires. Ce n'est pas parce qu'un patient fait une demande qu'il sera éligible.

13- Selon Stéphanie Green⁶, est non éligible une personne :

- a) En crise suicidaire
- b) Nouvellement prise en charge et diagnostiquée
- c) Dont la demande repose sur des vulnérabilités structurelles
- d) Qui refuse sans justifications tous les traitements qui pourraient améliorer sa condition
- e) S'il existe des traitements accessibles et efficaces
- f) Si les évaluateurs ne peuvent se prononcer sur tout ou une partie des critères

14- Parce qu'on reconnaît que pour les TM l'irrémediabilité et l'incurabilité ne sont pas toujours aussi faciles à établir que pour les maladies de la voie 1 (bien que l'intensité de la souffrance puisse être similaire), et que les idéations suicidaires doivent être distinguées d'une volonté réfléchie et constante d'AMM, le Collège des médecins du Québec a élaboré des balises, cinq conditions pour éviter toute dérive⁷ :

- a) **Premièrement**, la décision d'accorder l'aide médicale à mourir dans un cas de trouble mental ne doit pas s'inscrire uniquement dans un épisode de soins, mais doit être prise au terme d'une évaluation globale et juste de la situation de la patiente ou du patient.
- b) **Deuxièmement**, il ne doit pas y avoir d'idéation suicidaire, comme dans un cas de trouble dépressif majeur.

⁵ Santé Canada, [Rapport final du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale](#), 2022.

⁶ Stéphanie Green, [Mémoire écrit au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir \(AMM\) Concernant notre état de préparation à permettre l'accès à l'AMM pour les personnes dont le seul problème médical sous-jacent est un trouble mental \(MD-SUMC\)](#), novembre 2023.

⁷ Collège des médecins, [Témoignage - AMAD-no.40-Parlement du Canada](#), 28 novembre 2023.

- c) **Troisièmement**, la souffrance psychique intense et continue, confirmée par des symptômes graves et une atteinte du fonctionnement global, est présente sur une longue période et enlève à la patiente ou au patient tout espoir d'allègement quant à la lourdeur de sa situation. Cela l'empêche de se réaliser dans un projet de vie et fait perdre toute signification à son existence.
 - d) **Quatrièmement**, on doit être en présence d'un long parcours de soins avec des suivis appropriés, des essais multiples de thérapies disponibles et reconnues comme efficaces, de même qu'un accompagnement psychosocial soutenu et éprouvé.
 - e) **Cinquièmement**, une évaluation multidisciplinaire des demandes doit avoir été faite en présence essentielle du médecin ou de l'infirmière-praticienne spécialisée en santé mentale ayant assumé le suivi de la personne, et celle d'un psychiatre consulté dans le cadre précis de la demande d'aide médicale à mourir.
- 15- Et de conclure le CMQ :
- a) Nous estimons que, si ces balises étaient respectées, les personnes souffrant d'un trouble grave et irréversible de santé mentale pourraient bénéficier, elles aussi, de l'aide médicale à mourir. Il faut éviter que les personnes qui n'ont pas accès aux soins appropriés, qui ne jugent pas acceptables les services offerts, par exemple l'hébergement prolongé sans perspective de regagner davantage d'autonomie, optent, en désespoir de cause, pour l'aide médicale à mourir.

L'État de préparation pour une application sûre et efficace

- 16- La preuve **d'une accessibilité de fait** liée à un degré de préparation uniforme sur tout le territoire canadien pour une application sûre et adéquate de l'AMM pour le TM-SPMI **n'a pas été démontrée** parce que le CSM (Comité spécial mixte) n'a pas entendu toutes les autorités réglementaires d'un océan à l'autre. Toutefois, on ne peut pas ne pas considérer le fait que le Québec a décidé de ne pas aller de l'avant avec l'AMM pour les TM-SPMI et que le Collège des médecins, tout en étant favorable à l'AMM pour les TM-SPMI a bien indiqué en réponse aux questions de la sénatrice Mégie qu'il en était encore au niveau de la participation à la conversation, et qu'au Québec du travail restait à faire, tout en réaffirmant qu'il serait souhaitable « un jour » que l'AMM pour les TM-SPMI soit accessible aux patients⁸.

La résistance dans les milieux de soins et la souffrance des patients

- 17- Les psychiatres sont divisés sur la question de l'AMM pour les TM-SPMI pratiquement en deux groupes principalement sur la question de l'irrémediabilité et de l'irréversibilité. On ne peut pas laisser les patients aux prises avec les conséquences potentielles de ces **résistances terrain**. À titre d'exemple, rappelons-nous les leçons de l'Arrêt Morgentaler⁹, les rapports Badgley et Powel sur les limitations provinciales et institutionnelles de l'accessibilité aux mesures disculpatoires qui devenaient illusoire en pratique et le tort que cela a pu causer aux patientes. Le Comité n'a pas eu la possibilité d'explorer les

⁸ Collège des médecins, [Témoignages - AMAD \(44-1\) - no 40 - Parlement du Canada](#), 28 novembre 2023.

⁹ [R. c. Morgentaler - Décisions de la CSC](#), 1988, 1 R.C.S. 30.

conséquences cliniques, pratico-pratiques, concrètes que ses résistances auraient sur les patients.

- a) Force est de constater que le « consensus social » que l'on considère qu'il soit ou non nécessaire pour aller de l'avant n'est clairement pas au rendez-vous quand on le compare aux problèmes neurocognitifs dégénératifs (démences, Alzheimer...).
- b) Tant dans les milieux médicaux que dans la population en générale, les demandes de consentement anticipées d'AMM pour les maladies cognitives dégénératives font consensus.
- c) Pourtant à ce jour, le gouvernement n'a pas donné signe de la moindre intention de déposer un projet de loi d'ici la fin de cette législation pour aller de l'avant avec les demandes anticipées, alors que l'ASSNAT du Québec vient d'adopter une loi et que d'un océan à l'autre il y a un large consensus en la matière avec des taux d'approbation, selon les sondages, allant de + ou – 87 à 60 %. C'était une recommandation importante du précédent rapport du CSM . Le gouvernement est-il encore en train de se trainer les pieds ? Devrons-nous attendre que des patients se suicident et mettent fin à leur vie prématurément ?

Le rapport du CSM

18- Ainsi, si le rapport traduit effectivement ce que nous avons entendu et ce qui était à notre disposition (les témoignages lors des auditions) pour parvenir à faire des recommandations, le libellé bancal de la recommandation finale et le flou quelle introduit quant aux délais requis pour rendre accessible l'AMM aux TM-SPMI traduits fidèlement l'incapacité du Comité à trancher la question. Toutefois, il demeure un fait incontournable, même si on doit reconnaître que du travail a été fait, même si le gouvernement fédéral a fait faire du travail en amont, avec la mise en place du Groupe de travail sur les normes de pratiques conformément à la recommandation du groupe d'experts, il n'a pas su donner le temps nécessaire au Comité spécial mixte pour effectuer un travail rigoureux et méthodologiquement valable pour trancher la question au-delà de la conviction que le degré de préparation n'est pas uniforme sur tout le territoire et qu'il reste du travail à faire.

- a) La conséquence malheureuse de cette situation c'est qu'entre temps, dans la vraie vie, il est vraisemblable, encore une fois, que des patients atteints de TM comme SPMI se retrouve devant les tribunaux pour faire valoir leurs droits constitutionnels.
- b) Pourquoi laisser ce fardeau sur les épaules des patients souffrants ? Pourquoi ne pas demander à la Cour Suprême dès maintenant de clarifier et de trancher spécifiquement cette question.**

19- Réserve quant au libellé de la seule recommandation du CSM

« Considérant que le comité constate que le système au Canada n'est pas prêt pour L'Aide médicale à Mourir lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué (ci-après « AMM TM-SPMI »), il recommande :

- a. Que l'AMM TM-SPMI ne soit pas disponible au Canada tant que le que le ministre de la Santé et le ministre de la Justice ne seront pas d'avis, sur la base des recommandations de leurs ministères respectifs et en consultation avec leurs homologues provinciaux et territoriaux respectifs et avec les peuples autochtones, qu'elle peut être administrée de manière sécuritaire et adéquate.*
- b. Qu'un an avant la date où l'on prévoit que l'AMM TM-SPMI sera permise, conformément à l'alinéa (a), la Chambre des communes et le Sénat rétablissent le comité spécial sur l'Aide Médicale à Mourir afin de vérifier le degré de préparation atteint pour une application sûre et adéquate de l'AMM TM-SPMI. »*

- a) Il n'y a pas « un système de santé », il y a des systèmes de santé au Canada dont les soins sont sous la responsabilité des territoires, des provinces et du Québec.
- b) Le Code Criminel est de compétence fédérale mais les soins de santé sont dispensés par le Québec, les provinces et les territoires. On ne peut éluder cette réalité.
- c) Il revient au législateur et à la Chambre de se prononcer sur l'AMM TM-SPMI. Or, le libellé de la motion renvoie cette responsabilité au pouvoir discrétionnaire de l'exécutif via les ministres de la Santé et de la Justice et les fonctionnaires de leurs ministères. Ceci rend pour le moins flou la suite des choses quant à l'application de la loi au 17 mars 2024. Quels sont les délais induits ici ?
- d) Et si par hasard ces ministres de la Santé et de la Justice (avant ou après la prochaine élection ?) décidaient que le fruit est tout à coup mûr, le comité spécial mixte devrait être reconstitué au moins un an avant l'application de cette décision pour mesurer l'état de préparation du terrain pour une application sûre et adéquate de l'AMM pour les TM-SPMI. On en serait rendu à un report de combien d'années ?
- e) Le libellé de la recommandation témoigne de l'incapacité du comité en trois séances de travail à pouvoir statuer sérieusement sur autre chose que le fait que nous ne sommes pas en mesure de prendre une décision ni de recommander quoi que ce soit à la Chambre. Mise à part une conviction, le terrain n'est pas uniformément prêt sur tout le territoire.
- f) En ce sens, le Bloc considère que le terrain n'est pas près. Le degré de préparation n'est pas le même d'un océan à l'autre. D'ailleurs, en ce qui concerne le Québec, le témoignage du Collège des médecins en tant qu'organisme réglementaire chargé de produire non seulement des balises en lien avec les normes de pratiques produites par le groupe de travail fédéral, mais aussi des lignes directrices pour encadrer la pratique nous a clairement indiqué qu'il restait du travail à faire et qu'on en était encore au niveau de **la participation à la discussion** même si on souhaitait **un jour** que soit possible l'AMM pour les TM-SPMI.