



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

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

---

# Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

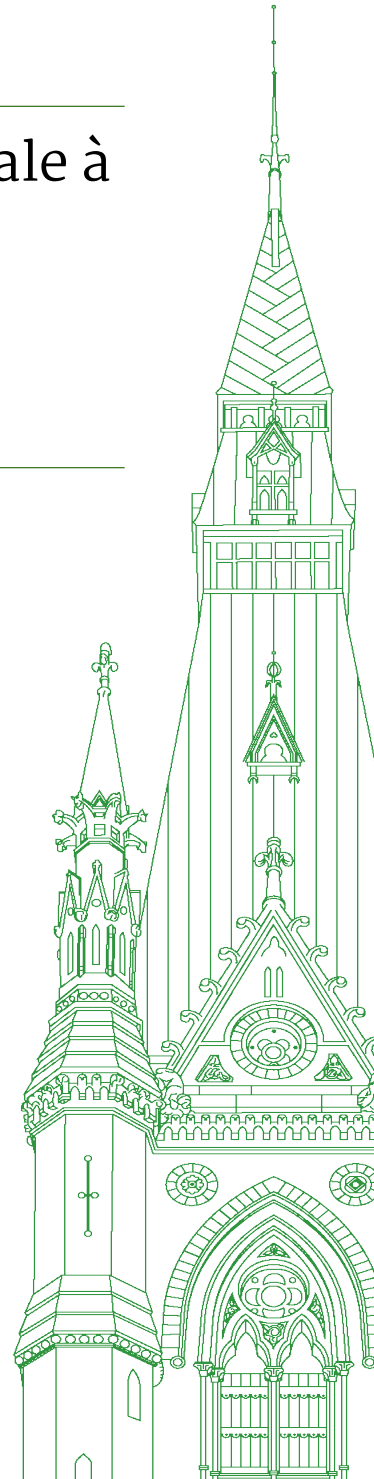
TÉMOIGNAGES

**NUMÉRO 018**

Le mardi 4 octobre 2022

---

Coprésidents : L'honorable Marc Garneau L'honorable Yonah Martin





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

Le mardi 4 octobre 2022

• (1830)

[Traduction]

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin (sénatrice, Colombie-Britannique)):** La séance est ouverte.

Bonsoir et bienvenue à la réunion du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir.

J'aimerais commencer en souhaitant la bienvenue aux membres du Comité et aux témoins, ainsi qu'aux personnes qui suivent cette réunion en ligne. Je m'appelle Yonah Martin, et je suis coprésidente du Sénat de ce comité. Je suis accompagnée de l'honorable Marc Garneau, coprésident de la Chambre des communes.

Aujourd'hui, nous continuons notre examen prévu par la loi des dispositions du Code criminel concernant l'aide médicale à mourir et leur application.

J'aimerais rappeler aux membres et aux témoins qu'ils doivent garder leur micro en sourdine, à moins qu'ils ne soient désignés par leur nom par l'un des coprésidents. Lorsque vous parlez, veuillez vous exprimer lentement et clairement.

Les services d'interprétation offerts pour cette vidéoconférence sont les mêmes que ceux offerts pour une réunion en personne. Au bas de votre écran, vous pouvez choisir entre le parquet, l'anglais et le français.

Encore une fois, j'aimerais souhaiter la bienvenue à nos témoins du premier groupe, qui sont ici pour discuter de l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème de santé évoqué.

Par vidéoconférence, nous avons trois experts comparaisant à titre personnel: la Dre Marie Nicolini; Shakir Rahim, avocat chez Kastner Lam LLP; et le Dr Michael Trew, professeur agrégé de clinique à l'Université de Calgary. Merci à vous trois de votre présence.

Nous allons commencer par la déclaration liminaire de M. Nicolini. Suivront celle de M. Rahim et celle de M. Trew. Chacun dispose de cinq minutes, que je vais chronométrer.

Docteur Nicolini, vous avez cinq minutes. Nous vous écoutons.

**Dre Marie Nicolini (chercheuse principale, KU Leuven University et Georgetown University, à titre personnel):** Merci et bonjour.

Je suis la Dre Marie Nicolini, et je suis heureuse d'être avec vous aujourd'hui pour m'adresser au Comité.

Je suis médecin et psychiatre et j'ai un doctorat en bioéthique. J'ai été formée en Belgique, où la pratique de l'aide médicale à mourir dans les cas de troubles mentaux est autorisée depuis 20 ans.

Au cours des cinq dernières années, j'ai publié un large éventail de recherches novatrices sur la pratique de l'aide médicale à mourir pour troubles mentaux dans les meilleures revues d'éthique et de psychiatrie. J'ai effectué ces recherches dans des institutions de bioéthique de premier plan dans le monde entier, notamment les National Institutes of Health et le Kennedy Institute of Ethics de l'Université Georgetown, et on m'a invitée à donner des conférences à ce sujet dans des universités, des centres médicaux et des les plus grands colloques du monde entier, dont le King's College de Londres, l'Université de Pennsylvanie, l'American Psychiatric Association et la conférence mondiale de psychiatrie.

Se basant sur de grands ensembles de données portant sur des cas réels d'aide médicale à mourir aux Pays-Bas, mes recherches ont permis d'établir des faits fondamentaux sur la façon dont se passe réellement l'aide médicale à mourir dans les cas de troubles mentaux. En outre, mes recherches ont également permis de clarifier les questions éthiques que soulève cette pratique, notamment en ce qui concerne les femmes. J'ai tenu à poursuivre cette recherche dans une perspective neutre permettant d'examiner comment les conditions d'admissibilité s'appliquent, quelles sont les normes relatives à ces conditions et quelles difficultés elles soulèvent. Mes recherches ne prennent pas position pour ou contre la pratique de l'aide médicale à mourir.

Sur la base de ces enquêtes étendues et très détaillées, j'ai découvert deux problèmes centraux en ce qui concerne la pratique de l'aide médicale à mourir dans les cas de troubles mentaux. Je vais d'abord les présenter, puis j'expliquerai chacun d'eux un peu plus en détail.

Premièrement, l'incurabilité ou l'irréversibilité est toujours une condition essentielle de l'aide médicale à mourir, mais nous ne disposons pas d'une description cohérente de ce que signifie l'incurabilité d'un trouble mental. Deuxièmement, les pays qui ont adopté l'aide médicale à mourir continuent de mettre en place des programmes de prévention du suicide, mais pour l'instant, il n'existe aucun principe pour guider les cliniciens à déterminer si c'est l'aide médicale à mourir ou la prévention du suicide qui devrait s'appliquer selon le cas.

En ce qui concerne la première préoccupation, dans le cas de l'aide médicale à mourir pour les maladies physiques, il est toujours exigé que la condition soit incurable ou irréversible. Dans les cas d'aide médicale à mourir pour troubles mentaux, cette exigence est reprise, mais nous ne savons pas ce que signifie le fait qu'un trouble mental soit incurable. Nous pouvons adopter une approche objective qui énumère tous les traitements disponibles fondés sur des preuves et leurs pronostics probables, mais mes recherches montrent qu'en psychiatrie, le pronostic ne peut être « prédit ». Nous pouvons également adopter une approche subjective, comme le fait le Canada, selon laquelle les patients déterminent eux-mêmes si leurs troubles mentaux peuvent être soignés, mais cela ne nous permet pas de filtrer les cas dans lesquels l'aide médicale à mourir a été demandée sur la base de conditions sociales ou de maladies sociales telles que la pauvreté, le chômage, la violence sexiste ou d'autres inégalités.

En ce qui concerne la deuxième préoccupation, étant donné que les pays qui disposent de l'aide médicale à mourir pour les cas de troubles mentaux poursuivent des programmes de prévention du suicide, il est de la plus haute importance d'établir des paramètres clairs pour décider quand nous devons aider à réaliser un désir de mort et quand nous devons prendre des mesures pour l'empêcher. À l'heure actuelle, il n'existe aucune orientation pratique ou conceptuelle qui caractérise la différence entre ces deux possibilités.

Ces deux problèmes posent une sérieuse responsabilité éthique à tout gouvernement qui choisit de légaliser la pratique de l'aide médicale à mourir pour les cas de troubles mentaux. En l'absence de normes claires sur ce qui est curable et ce qui ne l'est pas et sur la différence entre aide médicale à mourir et prévention du suicide, les évaluations des cliniciens concernant cette décision ultime doivent se faire au cas par cas. Le problème avec une telle approche, c'est que la prise de décision est alors basée sur les intuitions personnelles des cliniciens et sur des préjugés non reconnus.

Mes recherches ont montré qu'aux Pays-Bas, les patients atteints de maladie mentale qui présentent également des handicaps physiques sont plus susceptibles d'être orientés vers la clinique de fin de vie — qu'on appelle maintenant Expertisecentrum Euthanasie. Paradoxalement, les personnes qui présentent également des handicaps physiques sont moins susceptibles d'être vues par un psychiatre avant le décès. Je pense que nous pouvons tous convenir qu'il s'agit là d'un résultat et d'une responsabilité que le Canada devrait s'efforcer d'éviter.

Par conséquent, d'après mes recherches, il serait très problématique d'autoriser l'aide médicale à mourir pour les cas de troubles mentaux avant de clarifier, premièrement, ce que signifie le fait qu'un trouble mental soit incurable et, deuxièmement, ce qui distingue un cas d'aide médicale à mourir d'un cas de prévention du suicide.

Je vous remercie, et j'ai hâte de répondre à vos questions.

• (1835)

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

Nous allons maintenant entendre M. Shakir Rahim. La parole est à vous pour cinq minutes.

**Me Shakir Rahim (avocat, Kastner Lam LLP, à titre personnel):** Merci, madame la présidente.

Permettez-moi de me présenter. Je suis un avocat dont la pratique comprend des affaires de droits de la personne d'importance provinciale et nationale, y compris celles qui concernent l'article 15 de la Charte, c'est-à-dire la disposition concernant la question d'égalité.

J'étais intervenant et conseiller juridique adjoint dans l'affaire Ontario c. G, une décision de la Cour suprême de 2020 aux termes de laquelle l'article 15 devait s'appliquer relativement à des troubles mentaux.

Je suis ici aujourd'hui pour offrir mon point de vue juridique, mais je vous signale aussi que je souffre d'une maladie mentale depuis 18 ans.

Je vais d'abord expliquer comment l'article 15 se rapporte à l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué, ou lorsque des troubles mentaux sont le seul problème médical sous-jacent. Ensuite, je vous dirai pourquoi je pense que les recommandations du groupe d'experts sont conformes à l'esprit et à la lettre de l'article 15 de la Charte.

L'article 15(1) confère le droit à l'égalité de bénéfice et à la protection égale de la loi. Si une loi fait une distinction de manière discriminatoire entre des personnes pour les motifs énumérés ou des motifs analogues, il s'agit d'une violation de l'article 15(1). Or, les déficiences mentales sont au nombre de ces motifs.

Une distinction est discriminatoire si elle impose une charge ou refuse un avantage d'une manière qui renforce, perpétue ou exacerbe un désavantage. Dans la jurisprudence, les facteurs pertinents à cette détermination sont innombrables et peuvent inclure le préjudice psychologique ou physique.

Si le Parlement adopte une loi qui crée un régime d'aide médicale à mourir distinct pour les personnes atteintes de troubles mentaux et que ce régime rend l'accès à cette aide plus difficile pour ces personnes, cela pourrait constituer une violation de l'article 15(1). En effet, le régime imposerait un fardeau particulier aux personnes qui cherchent à accéder à l'aide médicale à mourir en vertu du motif dûment protégé de la déficience mentale.

Cependant, l'article 1 de la Charte cautionne la violation des dispositions de l'article 15(1) lorsque l'État arrive à établir qu'elle se situe dans des « limites qui soient raisonnables... [et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique] ». L'existence de cette circonstance est évaluée à l'aide du test Oakes: l'État doit avoir un objectif impérieux et substantiel de violer ces droits, les moyens choisis doivent possiblement faire avancer cet objectif et porter le moins possible atteinte au droit garanti par la Charte, et les avantages de la violation doivent l'emporter sur ses effets négatifs.

À mon avis, la recommandation du groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué est conforme à l'esprit et à la lettre de la jurisprudence relative à l'article 15. Je vais mettre l'accent sur trois des raisons sur lesquelles je m'appuie pour dire cela.

Premièrement, le groupe d'experts rejette le stéréotype selon lequel les personnes atteintes de troubles mentaux constituent le seul groupe touché par des problèmes tels que l'incapacité, les comportements suicidaires ou l'incidence des vulnérabilités structurelles. Le groupe d'experts recommande que ses mesures de protection, ses protocoles et ses conseils s'appliquent à toutes les situations cliniques dans lesquelles ces problèmes et d'autres problèmes connexes se posent. Dans l'affaire G, la Cour suprême a souligné comment les personnes atteintes de troubles mentaux perdent leurs droits et libertés précisément à cause des stéréotypes sur leurs propensions et capacités. La recommandation du groupe d'experts en faveur d'une approche applicable de façon universelle exclut l'application de ce stéréotype.

Deuxièmement, le corollaire de cette observation du groupe d'experts concernant l'universalité de ces préoccupations est que ce dernier ne recommande pas de régime distinct en vertu du Code criminel pour l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué. Cette approche réduit le risque d'une violation de l'article 15(1), car la loi ne fait pas de distinction explicite à l'égard des troubles mentaux. En clair, cela signifie qu'une distinction peut également exister par l'application inégale d'une loi apparemment neutre. Cependant, une distinction en bonne et due forme entraînerait explicitement une différence de traitement et augmenterait le risque d'une violation de l'article 15(1).

Troisièmement, le groupe d'experts approuve les formes d'évaluation individualisées. Le groupe d'experts souligne que des évaluations au cas par cas de l'incurabilité, de l'irréversibilité et du caractère intolérable de l'état devraient être effectuées par les évaluateurs de l'aide médicale à mourir. Cette suggestion est conforme à la jurisprudence récente entourant l'article 15(1), qui a reconnu qu'une évaluation individualisée peut être une alternative moins handicapante qu'une forme catégorielle de traitement fondée sur un motif de discrimination interdit.

• (1840)

Voilà qui conclut ma déclaration liminaire. Je vous remercie.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Enfin, nous avons le Dr Trew.

Vous avez également cinq minutes. Je vous remercie.

**Dr Michael Trew (professeur agrégé de clinique, University of Calgary, à titre personnel):** Je vous remercie de m'avoir invité à prendre la parole aujourd'hui.

Pour ce qui est de mes antécédents pertinents, je suis psychiatre clinicien depuis 40 ans à Calgary, et je m'intéresse particulièrement à l'interaction entre les troubles mentaux et les troubles physiques. Je suis professeur agrégé de clinique à l'Université de Calgary. Je suis l'ancien médecin-chef de la toxicomanie et de la santé mentale des services de santé de l'Alberta.

De 2016 à 2018, j'ai présidé le groupe d'experts des services de santé de l'Alberta sur les maladies non limitatives de la vie. Je suis membre du groupe de travail de l'Association des psychiatres du Canada sur l'aide médicale à mourir lorsque les troubles mentaux sont le seul problème médical sous-jacent. Je suis également membre de la Canadian Association of MAID Assessors and Providers — l'association canadienne des évaluateurs et des prestataires de l'aide médicale à mourir — et j'ai fourni une évaluation psychiatrique principalement en ce qui concerne la capacité en milieu communautaire.

De manière générale, je respecte et j'approuve les objectifs globaux des projets de loi C-14 et C-7, ainsi que le rapport final du Groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale.

À mon avis, les troubles mentaux ont longtemps été considérés comme étant séparés et distincts des troubles physiques. Je crois que toute distinction continue entre les troubles mentaux et les troubles physiques aux termes des lois régissant l'aide médicale à mourir a peu de chances de résister à une révision judiciaire.

D'après ma propre expérience clinique, je peux décrire des cas dont la plupart des gens conviendraient qu'ils représentent une utilisation appropriée de l'aide médicale à mourir pour des personnes dont la seule condition médicale sous-jacente est un trouble mental. Je peux également décrire des cas où la prestation de cette aide rendrait la plupart des gens très mal à l'aise.

Le défi consiste à mettre au point un système d'évaluation fiable pour prendre ces décisions. L'absence d'un tel système comporte des risques, notamment des écarts substantiels d'une administration à l'autre, le risque de fournir trop ou trop peu d'aide médicale à mourir pour troubles mentaux, la détresse éthique subséquente pour les prestataires et les survivants, et le « magasinage » d'aide médicale à mourir.

À mon avis, les tribunaux ont jugé les cas les plus patents, ceux dont les plaignants étaient très forts et raisonnables. Ces cas de souffrance et de handicap extrêmes ont établi les principes qui sous-tendent l'aide médicale à mourir en général. En les examinant maintenant, ils semblent relativement très typés, alors que certains des cas du 2<sup>e</sup> volet — et je m'attends à ce que ce soit de même pour beaucoup de situations où les troubles mentaux sont le seul problème médical sous-jacent — seront très nuancés avec beaucoup de détails en zones grises.

Nos requérants ne sont pas tous ou ne seront pas tous très raisonnables. Le degré de complexité, combiné à la pratique actuelle qui, pour de bonnes raisons, a mis l'accent sur l'indépendance des évaluations, appelle à une réflexion sur les processus et les attentes à venir.

La volonté d'instaurer l'aide médicale à mourir au départ était largement motivée par une approche centrée sur la personne et fondée sur les droits de la personne. Le projet de loi C-14 s'est largement concentré sur la question de savoir non pas si une personne allait mourir bientôt, mais comment et quand elle allait mourir bientôt. Je crois qu'il a été adopté en grande partie par des personnes qui ont l'habitude d'exercer un degré élevé de contrôle personnel dans leur vie et qui choisissent de franchir cette étape au moment de leur mort. Le programme a été très bien accueilli. Les prestataires et les survivants ont témoigné du soulagement qu'ils ont ressenti et ils ont exprimé des remerciements que la plupart des gens verraient comme des signes de réussite. Le taux d'aboutissement a été élevé dans ce groupe, une fois la demande formulée.

La situation prévue pour l'aide médicale à mourir ayant les troubles mentaux comme seul problème médical sous-jacent est très différente. L'expérience du Benelux fait état d'un taux d'aboutissement compris entre 0,5 et 4,5 %, alors qu'ici, en 2021, le taux d'aboutissement global était de 81 %. Cela signifie que les attentes des évaluateurs et des prestataires sont complètement différentes pour les personnes qui demandent l'aide médicale à mourir pour raison de troubles mentaux.

• (1845)

Je m'attends à ce que cela soit perçu par certains comme étant trop paternaliste. Cela pourrait donner lieu à d'autres contestations judiciaires, à moins que l'administration sous-jacente ne soit très soigneusement établie et qu'une formation appropriée ne soit dispensée de façon concertée dans tout le pays.

J'apprécie la formulation employée par le groupe d'experts pour décrire la prise de décision partagée. Je crois que nous devons également prévoir un espace de discussion approprié entre les évaluateurs après leur première évaluation afin d'avoir la possibilité de débattre de ces cas difficiles. Comme je l'ai dit, bien que cela ne soit pas explicitement interdit dans la loi, l'accent mis sur l'indépendance de l'évaluation donne l'impression que le fait pour les évaluateurs de pouvoir parler après leur première réunion n'est pas acceptable.

J'apprécie également la recommandation du groupe d'experts concernant la participation des équipes de traitement dans le cadre de ce processus élargi.

Je recommande...

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Désolé, docteur Trew; pourriez-vous conclure rapidement, s'il vous plaît? Je vous remercie.

**Dr Michael Trew:** Bien sûr.

Je recommanderais qu'on se mette d'accord sur une période d'attente après qu'une demande ait été refusée afin d'éviter le magasinage de médecins.

Je vais m'arrêter là.

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

Merci à nos témoins.

Nous allons commencer notre première série de questions, qui sera dirigée par M. Cooper. Vous avez cinq minutes.

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

Je remercie les témoins.

Je vais adresser mes questions à Mme Nicolini.

Certains témoins des Pays-Bas nous ont dit que le nombre de dossiers terminés concernant des troubles mentaux est très faible dans l'ensemble, puisqu'il ne représente que 1,3 % des cas. Dans le cadre de l'élargissement de l'aide médicale à mourir dans le contexte canadien, on a laissé entendre, compte tenu de l'expérience des Pays-Bas, que le nombre de personnes qui chercheraient à y accéder et qui le feraient avec succès serait très faible.

Pourriez-vous parler de certaines des différences entre le cadre juridique du Canada et celui des Pays-Bas en ce qui concerne les garanties, et plus particulièrement en ce qui concerne l'exigence d'irréversibilité?

• (1850)

**Dre Marie Nicolini:** Merci de votre question. Je vais répondre brièvement aux chiffres.

Le chiffre que vous avancez est correct. Le nombre de cas d'aide médicale à mourir en raison de troubles mentaux a fluctué tant aux Pays-Bas qu'en Belgique. Il s'agit de 1 à 2 % du nombre total de cas. Il est important de noter que lorsqu'il est question d'aide médi-

cale à mourir pour le cancer, par exemple, c'est 10 % des patients concernés qui la demandent, ce qui est un pourcentage important.

En ce qui concerne la deuxième partie de votre question — les différences entre le cadre des Pays-Bas et celui du Canada —, je dirai simplement que la principale différence est la façon dont est définie l'« irréversibilité », l'une des exigences clés. Dans leurs directives officielles, les Pays-Bas adhèrent à un compte rendu objectif lorsqu'ils disent qu'un clinicien est censé évaluer un patient à la lumière de son diagnostic et de son pronostic. Mes recherches ont montré qu'en psychiatrie, nous ne sommes pas en mesure d'établir de pronostic, de sorte que ce compte ne saurait être fiable.

Le Canada soutient explicitement un compte subjectif. Nous n'avons pas encore commencé à déterminer quelles seraient les normes pour de tels comptes dans le cas de troubles mentaux.

**M. Michael Cooper:** Serait-il juste de dire que ce n'est pas une comparaison qui tient la route?

**Dre Marie Nicolini:** Je pense qu'à cet égard, c'est effectivement le cas, oui.

**M. Michael Cooper:** Dans votre témoignage, vous avez parlé un peu — et vous venez de l'évoquer encore — des facteurs pour conclure à l'incurabilité. Vous avez également avancé qu'il était problématique d'évaluer les cas individuellement, comme le recommandait le groupe d'experts. Sur la question de l'incurabilité, le groupe d'experts recommandait de l'établir « en se référant aux tentatives de traitement effectuées jusqu'à ce jour, aux résultats de ces traitements, ainsi qu'à la gravité et à la durée de la maladie, de l'affection ou du handicap ». Autrement dit, il a conclu que quelqu'un qui souffre exclusivement d'une maladie mentale, qui n'a pas suivi de traitements et qui présente soudainement une demande d'AMM n'est pas le type de patient dont la demande serait acceptée.

Pouvez-vous parler de cette recommandation du groupe d'experts et de toute préoccupation que vous voyez de ce point de vue?

**Dre Marie Nicolini:** Pourriez-vous clarifier brièvement le dernier point?

**M. Michael Cooper:** Je dis seulement que...

**Dre Marie Nicolini:** Je veux être certaine de bien comprendre.

**M. Michael Cooper:** J'essaie simplement de comprendre ce que vous pensez, essentiellement, des recommandations du groupe d'experts, qui a déterminé que oui, on peut prendre des décisions au cas par cas, en tenant compte des divers facteurs propres à chaque patient, mais il faudra tenir compte du nombre de tentatives de traitements effectuées et du succès ou de l'échec de ces traitements avant de pouvoir administrer l'AMM.

Autrement dit, cela ne se fera pas du jour au lendemain. Il devra y avoir une longue période d'évaluation, de traitement, etc.

• (1855)

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Veuillez répondre à la question très brièvement, docteur Nicolini.

**Dre Marie Nicolini:** Oui, bien sûr. Nous convenons tous que les évaluations elles-mêmes sont faites par des cliniciens de façon très exhaustive et en toute bonne foi.

L'argument selon lequel il y a absence de normes est important, parce que sans normes sur la définition de l'incurabilité d'une maladie, on ne peut pas déterminer si un patient répond aux critères.

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

Nous entendrons maintenant M. Maloney pour cinq minutes.

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

Je remercie les témoins de leurs exposés.

Je commencerai par vous, docteur Nicolini.

Je suis arrivé une minute ou deux après le début de votre exposé. J'ai entendu une chose que vous avez dite et que je voudrais clarifier pour commencer.

Vous avez dit, plus tard, qu'on ne peut pas prédire le pronostic dans le domaine de la santé mentale. Vous ai-je également entendu dire que les évaluations seraient basées sur les opinions personnelles et les intuitions des médecins qui font l'évaluation?

**Dre Marie Nicolini:** J'ai dit que c'était l'une des conclusions de ma recherche, selon les meilleures pratiques observées.

**M. James Maloney:** Êtes-vous donc d'avis qu'en aucune circonstance le pronostic ne peut être que le problème sera permanent pour quelqu'un souffrant d'une maladie mentale? Est-ce bien cela?

**Dre Marie Nicolini:** C'est exact.

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

Docteur Trew, êtes-vous d'accord avec cette position?

**Dr Michael Trew:** Je ne suis pas d'accord avec ce postulat général, non.

**M. James Maloney:** Êtes-vous d'avis qu'il y a des circonstances dans lesquelles on peut prédire le pronostic d'un patient souffrant d'une maladie mentale grave?

**Dr Michael Trew:** Les prédictions découlent toujours d'un calcul de probabilités, il en va de la psychiatrie comme du reste de la vie. Je pense qu'il y a assurément des cas dans lesquels il est extrêmement probable que le problème ne s'estompera pas.

Pour tout le monde, la difficulté vient en partie du... On a aussi évoqué la question de savoir quels sont les nouveaux types de traitements qui s'en viennent, qu'on pense à la kétamine ou à certains types de stimulation cérébrale, par exemple. Cela s'applique à quelque soumet une demande d'AMM.

Honnêtement, le meilleur indicateur pour prédire l'avenir, c'est le passé. Quelqu'un qui a déjà tenté un vaste éventail de traitements sans résultats... Je pense qu'il y a un moment où l'on pourrait considérer que c'est une conclusion raisonnable.

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

Cela me mène à ma prochaine question. J'aimerais revenir à un point soulevé par M. Cooper.

Si j'ai bien compris, il a laissé entendre qu'il pourrait y avoir un risque qu'un patient souffrant de maladie mentale et n'ayant pas suivi de traitement soit autorisé à recevoir l'AMM. Est-ce un risque raisonnable, à votre avis, docteur Trew?

**Dr Michael Trew:** Je pense que le diable est toujours dans les détails. Dans ce cas, il s'agit des détails des dispositions prises pour l'évaluation.

Il ne devrait jamais arriver qu'une personne n'ayant pas tenté un éventail raisonnable de traitements ait accès à l'AMM, à mon avis, du moins. Cependant, la loi dicte que si un traitement ne semble pas

acceptable pour le patient, on ne peut pas le forcer à le recevoir. Je pense qu'il faudrait clarifier un peu ce que constitue un éventail minimal de traitements tentés avant de pouvoir autoriser l'aide médicale à mourir.

**M. James Maloney:** C'est très juste et pertinent, en fait.

À votre avis, ou à celui de la Dre Nicolini aussi, quelle est la probabilité qu'un médecin détermine qu'il est approprié d'autoriser l'AMM pour une personne qui a refusé tout traitement et qui n'en a jamais reçu? Il me semble qu'elle doit être à peu près nulle.

● (1900)

**Dr Michael Trew:** C'est vraiment improbable.

La difficulté vient en partie du fait que dans l'histoire, le mouvement en faveur de l'aide médicale à mourir s'est toujours beaucoup fondé sur les droits de la personne. Encore une fois, c'est qu'on parlait jusqu'ici d'un groupe de personnes susceptibles de mourir bientôt de toute façon, et tout le monde trouvait que c'était raisonnable pour elles, tandis qu'on parle là d'un groupe très différent, pour lequel la probabilité de mort imminente est faible, en réalité. Les médecins, comme tout le monde, n'aiment pas dire non.

**M. James Maloney:** Merci, docteur Trew.

C'est tout le temps que j'avais. Je vous remercie.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Je donnerai maintenant cinq minutes à M. Thériault

[Français]

**M. Luc Thériault (Montcalm, BQ):** Je vous remercie, madame la présidente.

Je vais m'adresser d'abord à la Dre Nicolini.

Docteur Nicolini, j'ai beaucoup aimé le texte, car, à mon avis, il soulevait des questions fondamentales. Toutefois, j'ai eu l'impression que vos préoccupations se retrouvaient à l'intérieur des recommandations du comité d'experts.

Qu'en pensez-vous?

[Traduction]

**Dre Marie Nicolini:** Je vais vous répondre en anglais.

Mon propos ne constitue pas une opinion personnelle; ce sont les conclusions qui se dégagent des recherches approfondies que j'ai effectuées. J'ai commencé à étudier cette question à l'époque où j'exerçais la médecine en Belgique. J'avais alors décidé de mener des recherches neutres à ce sujet. Les conclusions que je présente aujourd'hui forment une position, mais elles sont basées sur les recherches neutres que j'ai effectuées auparavant.

Si le temps le permet, j'aimerais répondre à une observation qui a été faite concernant la prédiction du pronostic en psychiatrie, parce que je crains de ne pas être d'accord...

[Français]

**M. Luc Thériault:** Je suis désolé de vous interrompre, mais je n'ai pas beaucoup de temps de parole et j'aimerais laisser aux autres intervenants la chance de poser des questions.

C'était ma première question.

Vous avez pris connaissance du rapport du comité d'experts qui met en place des recommandations soutenant un certain nombre de principes de précaution, notamment relativement aux tendances suicidaires. On y mentionne clairement que l'évaluateur ne pourrait pas du tout recevoir une demande d'aide médicale à mourir qui provient d'une personne en crise. Les gens qui ont des troubles mentaux et qui sont en période de crise seraient donc exclus.

Voici une citation tirée du rapport final du Groupe d'experts:

Dans toute situation où les tendances suicidaires constituent une préoccupation, le clinicien doit adopter trois perspectives complémentaires [au moment où cela se révèle] : tenir compte de la capacité de la personne à donner son consentement éclairé ou à refuser les soins, déterminer si des interventions de prévention du suicide — y compris involontaires — doivent être déclenchées, et proposer d'autres types d'interventions qui pourraient aider la personne.

Ce qui est indéniable, c'est que, dans ce rapport, on a été en mesure de faire la distinction entre les gens aux prises avec des tendances suicidaires et la recommandation 8.

J'ai trouvé que le concept de cohérence, dont vous avez parlé, était intéressant. D'ailleurs, je l'ai retrouvé dans le rapport.

La recommandation 8 précise ce qui suit: « Les évaluateurs doivent s'assurer que le souhait de mourir du demandeur est cohérent [...], sans ambiguïté et réfléchi rationnellement pendant une période de stabilité, et non pendant une période de crise. »

On y parle aussi de la durabilité dans le temps. Il est question de multiples tentatives.

Les gens qui ont témoigné devant le Comité nous ont dit que, même pour les maladies dites de la voie 2, soit les maladies physiques, ce n'était presque pas possible d'avoir un pronostic clair et irrémédiable.

[Traduction]

**Dre Marie Nicolini:** Pour ce qui est du pronostic, mes recherches démontrent... Mes co-auteurs et moi-même avons étudié en profondeur la question de la prédiction du pronostic en psychiatrie, en tenant compte du cas paradigmatique de la dépression résistante au traitement; nous avons examiné à la fois les prédictions des cliniciens et la médecine de précision. La conclusion en est qu'on ne peut pas prédire le pronostic. Contrairement à ce que disait le Dr Trew, selon la science pure et dure, même lorsqu'on utilise la médecine de précision, la meilleure prédiction du pronostic à long terme relève du hasard. C'est ce qu'indique la science. C'est ce qui a été publié à ce sujet.

En ce qui concerne les tendances suicidaires et la question de l'autonomie, que vous soulevez, je tiens à dire ceci: même si nous sommes d'accord, et nous pouvons l'être, pour dire que certaines personnes atteintes de maladie mentale qui souhaitent mourir mériteraient notre compassion et notre aide, il faut aussi admettre que d'autres personnes atteintes de maladie mentale qui souhaitent mourir auraient plutôt besoin de services de prévention du suicide. Personne ne pense que l'AMM devrait remplacer la prévention du suicide. Le problème, c'est que nous ne disposons pas de paramètres pour décider quand accepter et quand rejeter l'autonomie du patient à cet égard.

Il est utile de préciser que si nous voulons parler d'autonomie et en parler sérieusement, nous devons parler de consentement éclairé. Or, de nombreux patients bénéficiant actuellement de services de prévention du suicide répondent aux exigences du consentement éclairé, donc si nous voulons parler sérieusement de l'autonomie du patient et légaliser l'AMM en cas de troubles mentaux, il faudrait

d'abord procéder à une réforme en profondeur de la façon dont nous faisons la prévention du suicide.

• (1905)

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

Nous passerons maintenant à M. MacGregor pour les cinq prochaines minutes.

**M. Alistair MacGregor (Cowichan—Malahat—Langford, NPD):** Merci, madame la coprésidente. Merci à tous nos témoins d'être avec nous aujourd'hui.

Docteur Nicolini, j'aimerais commencer par vous. J'ai pris des notes pendant votre déclaration préliminaire et quand vous avez parlé des difficultés qui se posent pour conclure à l'incurabilité et à l'irrémédiabilité, ainsi que sur la nécessité d'établir des lignes directrices pour la prévention du suicide, entre autres. Je pense que personne ne vous contestera sur ce point.

Compte tenu de la façon dont le Code criminel est rédigé actuellement, dans les dispositions sur l'aide médicale à mourir et la définition des problèmes de santé graves et irrémédiables, on voit qu'il doit s'agir d'une maladie grave et incurable. Il est également mentionné qu'il faut que la situation médicale de la personne se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités. Selon l'alinéa 241.2(2)(c), ses souffrances lui sont intolérables et ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables.

Ces alinéas pourraient toutefois être en contradiction, parce que vous pourriez, hypothétiquement, trouver un traitement, mais le patient pourrait trouver que ce traitement n'est pas acceptable et ne pas croire qu'il peut vraiment soulager son état. Qu'en pensez-vous?

Je vous pose probablement la même question sous une forme différente, mais pouvez-vous nous parler davantage de cette apparence de conflit?

**Dre Marie Nicolini:** Pour dire ce que j'ai déjà dit autrement, la particularité des troubles mentaux, c'est que les modèles de classification dont nous disposons n'équivalent pas nécessairement à un pronostic. Quand un problème est incurable ou irréversible, nous savons qu'une personne peut se classer très haut sur l'échelle de gravité, mais que cela ne correspond en aucun cas à un pronostic à long terme. C'est une autre façon d'aborder la question du pronostic.

Bien sûr, il n'y a pas que les questions du pronostic et de l'incertitude, comme je l'ai déjà dit. Il s'agit de nous doter de normes adéquates pour ce qu'on appelle un trouble mental incurable. Il y a toutes sortes d'enjeux qui se posent pour les troubles mentaux qui ne se posent pas pour les troubles physiques.

Par exemple, nous avons des normes pour définir les derniers stades du diabète. Nous pouvons ne pas savoir si quelqu'un... Bien sûr, il peut y avoir une incertitude sur le pronostic, mais nous avons des normes pour déterminer quand on en arrive aux derniers stades du diabète. Nous n'avons rien de tel pour les troubles mentaux.

**M. Alistair MacGregor:** Merci.

Monsieur Rahim, j'aimerais vous inviter à participer à la conversation. Je vous remercie de vos déclarations préliminaires, particulièrement sur l'article 15 de la Charte, qui prescrit que tout le monde mérite la même protection législative et des avantages égaux selon la loi.



Vous avez entendu la conversation jusqu'à présent dans cette réunion. Vous connaissez bien le rapport du groupe d'experts que nous avons tous lu. Compte tenu de la tâche qui nous incombe en tant que parlementaires membres de ce comité et du fait que nous devons présenter des recommandations au gouvernement fédéral, y a-t-il quelque chose en particulier que vous aimeriez voir inclus dans notre rapport, notamment en ce qui concerne le thème des troubles mentaux lorsqu'ils sont le seul problème médical invoqué?

Je sais que le groupe d'experts a jugé que les garde-fous existant dans le Code criminel étaient suffisants et qu'il appartenait aux médecins, aux provinces et aux associations médicales d'élaborer des normes en la matière, mais y a-t-il quelque chose dont le gouvernement fédéral n'a pas encore assez tenu compte dans ce domaine et que, selon vous, le Comité devrait recommander?

● (1910)

**Me Shakir Rahim:** Il y a une chose qui me vient à l'esprit, qui a été effleurée pendant les discussions, à la réunion précédente, et c'est la distinction entre certains termes du Code dans le vocabulaire juridique et dans le vocabulaire médical, et comment cela brouille la compréhension de ce qu'ils sous-entendent.

Ainsi, un tribunal ou un avocat sera exposé à un ensemble de faits et à une décision prise selon une norme juridique particulière, puis il essaiera de déterminer si ces faits correspondent à la norme. Ce que je retiens de cette discussion et des délibérations du Comité lors de cette réunion, c'est l'importance pour le Comité de recommander qu'il y ait, dans la mesure du possible, clarté et précision dans tout ce qui est élaboré, par les provinces ou par les organismes de réglementation. Cela s'applique aux normes pour déterminer ce qui constitue une maladie incurable, irréversible ou autre.

Je pense que le rapport du groupe d'experts contribue largement à établir cette base. À mon avis, les délibérations ici et dans d'autres réunions du Comité ont montré qu'il est nécessaire d'aller plus loin, ne serait-ce que pour s'assurer que lorsque les tribunaux doivent appliquer ces normes juridiques à un ensemble particulier de faits et à une approche adoptée par les professionnels de la santé, ils disposent également d'outils pour évaluer tout cela et ne sont pas laissés dans une situation de *novo* pour répondre à ces questions.

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

Je vais maintenant céder la parole à mon coprésident pour les questions des sénateurs.

**Le coprésident (L'hon. Marc Garneau (Notre-Dame-de-Grâce—Westmount, Lib.)):** Merci, sénatrice Martin.

[Français]

Nous allons maintenant passer aux questions des sénateurs, en commençant par la sénatrice Mégie.

Madame Mégie, vous avez la parole pour trois minutes.

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

Ma question s'adresse à la Dre Nicolini.

Docteur Nicolini, vous avez dit tantôt que le pronostic concernant un état irrémédiable était basé sur des probabilités. Selon d'autres experts qui ont comparé devant ce comité, les personnes qui seront admissibles constitueront une petite proportion de l'ensemble des patients. On parle ici de personnes malades depuis plu-

sieurs années, qui ont reçu beaucoup de traitements et dont la plupart n'ont pas bien fonctionné.

Comment voyez-vous cela? Que pensez-vous, non pas de l'état irrémédiable, mais plutôt du statut de ces patients?

D'après vous, pourraient-ils répondre aux critères requis pour recevoir l'AMM?

[Traduction]

**Dre Marie Nicolini:** Cela rejoint ce que j'ai déjà dit.

Je suis d'accord pour dire qu'un certain nombre de patients — en fait, beaucoup de patients — auront de longs antécédents de traitements psychiatriques. La question que les évaluateurs de chaque demande d'AMM devront se poser, c'est si oui ou non, il est vrai qu'ils ne se rétabliront pas. C'est le propre du critère d'irrémédiabilité.

Lorsqu'on analyse la littérature et les essais sur [Difficultés techniques] un ensemble de patients qui répondaient tous aux critères de maladie grave au début, encore une fois, comme je l'ai dit plus tôt, il y avait une certaine corrélation avec le pronostic: dans la majorité de ces cas, leur état s'est amélioré, tandis que dans une minorité tout de même importante de cas, il ne s'est pas amélioré, donc c'est vrai.

La question est de savoir comment nous pouvons en être sûrs. Quel genre de certitude avons-nous quant au pronostic? Je le répète, en l'état actuel des choses, cela relève presque du hasard.

[Français]

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

Monsieur Rahim, je pense que nous avons parlé tantôt des droits constitutionnels essentiels. Vous nous avez dit que si l'on refusait l'AMM aux personnes atteintes de maladie mentale pour qui cette maladie est la seule invoquée, on violerait l'article 15 de la Charte canadienne des droits et libertés. Cela risque pourtant de se produire.

Que pourrions-nous faire ou que pourrions-nous inclure dans notre rapport pour donner une orientation et faire en sorte que cela n'arrive pas?

● (1915)

[Traduction]

**Me Shakir Rahim:** Je pense que si le rapport recommandait un examen ciblé de l'application de l'article 15 au groupe de personnes qui demandent l'aide médicale à mourir sur la seule base de troubles mentaux et exposait — par exemple, à la lumière de la jurisprudence sur l'article 15, dont l'affaire G — en quoi le fait d'exclure catégoriquement du régime les personnes vivant avec des troubles mentaux ou de leur imposer un régime beaucoup plus rigoureux soulève des problèmes d'égalité, cela pourrait alimenter la réflexion.

À mon avis, pour les raisons que j'ai exposées dans ma déclaration, le groupe d'experts a intrinsèquement intégré ces considérations à son rapport compte tenu de la manière dont il a analysé la question.

Je sais que le groupe d'experts lui-même n'explique pas en détail dans son rapport en quoi ses recommandations sont conformes à l'article 15, mais le fait qu'il mentionne le rôle de l'évaluation personnalisée et qu'il explique les raisons pour lesquelles les préoccupations soulevées s'appliquent aux personnes souffrant de tous les problèmes médicaux possibles, et pas seulement aux personnes souffrant de troubles mentaux, témoigne d'un souci de ne pas stéréotyper les personnes souffrant de troubles mentaux. Cela indique bien qu'il a pris acte du fait qu'un traitement catégorique qui ne tient pas compte des variations d'une personne à l'autre et des différences au sein d'un groupe pourrait constituer en partie une violation de l'article 15.

Je pense que le fait d'insister sur ces points contribuerait à résoudre le problème.

**Le coprésident (L'hon. Marc Garneau):** Merci, maître Rahim.

Nous passons maintenant au sénateur Kutcher pour trois minutes.

**L'hon. Stanley Kutcher (sénateur, Nouvelle-Écosse, GSI):** Merci, monsieur le président. Je remercie également les témoins, dont l'aide pour cette étude est très appréciée.

Je questionnerai d'abord Me Rahim.

Je vous remercie pour votre exposé réfléchi. Je suis également sensible à votre aveu, fait devant nous, du trouble mental dont vous souffrez. Ça vous donne un point de vue dont beaucoup peuvent être privés.

En logique, on définit le sophisme écologique comme la déduction de l'appartenance d'un individu à un groupe d'après les critères communs au groupe. Ainsi, comme les décisions prises d'après l'appartenance au groupe comportent beaucoup de problèmes et d'embûches, on évite le piège de ce sophisme en traitant chaque cas comme un cas d'espèce.

Vous ai-je bien compris quand vous avez dit que la jurisprudence canadienne nous enjoint de considérer l'aide médicale à mourir au cas par cas?

**Me Shakir Rahim:** Je n'irai pas jusqu'à dire que le tribunal a rédigé une directive particulière pour l'aide médicale à mourir qui impose au législateur de procéder cas par cas devant un trouble mental ou tout autre pathologie.

Toutefois, la jurisprudence portant sur l'article 15 reconnaît que certaines formes de traitement fondées sur des motifs énumérés et rigoureusement catégorisés — par exemple tous les membres de tel groupe doivent recevoir tel traitement en raison de telle caractéristique ou de risques auxquels ils sont exposés en raison de telle vulnérabilité — ne remplissent peut-être pas les critères constitutionnels.

Pour revenir à mes observations concernant le critère énoncé dans l'arrêt Oakes et quand on peut justifier une infraction à l'article 15(1), on a reconnu, dans beaucoup d'affaires, que la solution de rechange la moins nuisible — à l'obligation de traiter un groupe de telle manière — est une évaluation personnalisée ou au cas par cas.

• (1920)

**L'hon. Stanley Kutcher:** Merci beaucoup pour l'éclaircissement. D'après ce que vous dites, l'important est l'évaluation cas par cas.

Docteur Trew, pourriez-vous m'éclairer? Je suis un peu troublé. Nous venons d'entendre que le point de vue canadien sur les décisions prises sur le caractère irrémédiable varient selon le patient et que ces décisions sont subjectives.

En votre qualité de fournisseur de l'aide médicale à mourir et de psychiatre exerçant, seriez-vous d'avis que, au Canada, c'est le patient qui décide du caractère irrémédiable de son état ou que, au contraire, c'est le groupe dont il a été question, c'est-à-dire que la décision devrait être prise entre le médecin et le patient et que le nœud de la question, c'est le caractère conjoint de cette décision?

**Le coprésident (L'hon. Marc Garneau):** Veuillez répondre très brièvement.

**Dr Michael Trew:** Merci.

J'aime bien le libellé du groupe d'experts pour une décision partagée. C'est très différent de la lecture que font la plupart des gens du projet de loi C-14.

**Le coprésident (L'hon. Marc Garneau):** Merci, docteur.

[Français]

Sénateur Dalphond, vous avez la parole pour trois minutes.

**L'hon. Pierre Dalphond (sénateur, Québec (De Lorimier), GPS):** Ma question s'adresse à M. Rahim.

[Traduction]

Dans l'arrêt G, la Cour suprême a dit qu'une exclusion générale allait trop loin et qu'il fallait au moins une analyse au cas par cas pour satisfaire au critère du motif d'espoir, une soupape de sûreté dans une certaine mesure. La majorité a déclaré que l'évaluation individuelle n'avait pas besoin d'une prévision parfaite du risque et que, certainement, elle ne pouvait constituer la norme.

Est-ce que ça signifie que le caractère imprévisible des troubles mentaux, tout comme des autres maladies, n'invalide pas, d'après le tribunal, le point de vue d'une analyse au cas par cas?

**Me Shakir Rahim:** À mes yeux, par exemple, dans une partie de la jurisprudence portant sur l'article 15 concernant le moment où une atteinte peut être justifiée et la nature d'une mesure qui pourrait être la moins nuisible, le tribunal a souligné qu'une solution de rechange parfaite n'était pas nécessaire — que le critère n'était pas la recherche de la certitude quand on essayait d'établir qu'une solution de rechange ne contrevenait pas à l'article 15(1).

Dans la mesure où ça répondrait à votre question, je serais d'accord: ce n'est pas la manière d'évaluer la solution de rechange la moins nuisible. Ce n'est pas un étalon de perfection.

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

Je pose ma prochaine question à la Dre Nicolini.

Si je comprends bien, vous n'avez pas fait d'évaluations qui auraient pu conduire à l'aide médicale à mourir, mais vous en avez étudié et vous avez fait beaucoup de recherche et d'analyses documentaires. Vous avez dit que de 1 à 2 % des cas d'aide médicale à mourir sont reliés à la maladie mentale. Le pourcentage est donc faible. Avez-vous des chiffres sur le nombre de demandes auxquelles on a acquiescé, leur pourcentage, et combien ont réellement abouti à l'aide médicale à mourir?

**Dre Marie Nicolini:** Je tiens d'abord à préciser que je n'ai pas seulement fait de l'analyse documentaire; j'ai étudié un gros échantillon de cas néerlandais, dans lequel je m'intéressais aux caractéristiques des patients, à leurs évaluations, à l'application des exigences et ainsi de suite.

Les Pays-Bas sont le seul pays, comme vous le savez sûrement, à publier des rapports de cas sur des patients. On y publie les cas qui ont abouti à l'aide médicale à mourir — les patients sont déjà morts. Ça signifie qu'on ne peut comparer les morts effectives aux demandes et aux demandes refusées.

**L'hon. Pierre Dalphond:** Vous n'avez pas de données sur le nombre de demandes auxquelles on a acquiescé et, sur ce nombre, le nombre de cas d'aide médicale conduite à son terme.

• (1925)

**Dre Marie Nicolini:** L'État néerlandais ne publie pas ces données.

**L'hon. Pierre Dalphond:** Vous n'avez donc aucune idée des chiffres. Vous ne pouvez dire si beaucoup ou peu vont jusqu'au bout.

**Dre Marie Nicolini:** Nous pouvons faire des affirmations d'après les données de la clinique de fin de vie, l'*Expertisecentrum Euthanasie*, mais elles ne sont pas publiées par l'État. En fait, c'est une caractéristique de la pratique, une question de pratique, de taire le nombre de demandes agréées et de demandes refusées.

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

**Le coprésident (L'hon. Marc Garneau):** Merci beaucoup.

La sénatrice Wallin dispose de trois minutes.

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

J'aimerais connaître la réaction du Dr Trew et de Me Rahim à une observation de la Dre Nicolini sur le dernier stade de la maladie mentale, qu'on connaît mal, contrairement à celui du diabète ou du cancer. Je ne suis pas absolument certaine d'être d'accord avec elle. Je pense que, pour beaucoup trop de personnes, le terme est le suicide, mais je voudrais une comparaison claire.

Si, après le diagnostic d'un cancer, vous ne voulez plus être traité, un miracle est quand même possible, une cure miracle, mais vous pourriez choisir de la refuser, refuser de vivre de cette façon.

Pourquoi, alors, n'est-ce pas la même chose, si le traitement vous est inacceptable, pour une déficience mentale pour laquelle vous avez été traité, mais que vous ne voulez pas attendre une éventuelle cure miracle? Ces deux situations ne sont-elles pas à peu près les mêmes?

Docteur Trew, vous pouvez répondre d'abord, après quoi j'entendrai Me Rahim.

**Dr Michael Trew:** Deux ou trois choses me viennent à l'esprit. Notamment que les statistiques sur les suicides sont très peu corrélées avec celles des troubles mentaux chroniques...

**La sénatrice Pamela Wallin:** Très bien.

**Dr Michael Trew:** ... les hommes étant trois fois plus susceptibles de se suicider; les femmes, deux fois plus d'avoir une maladie psychiatrique. Par exemple, la forme des courbes des âges diffère également.

Je serais pas mal d'accord avec la Dre Nicolini sur la nécessité de peaufiner notre stratégie pour la suicidalité. Il reste beaucoup à faire.

J'ai perdu le fil.

**L'hon. Pamela Wallin:** Oui. J'essaie seulement de comparer quelqu'un qui, ayant une déficience mentale, se dit arrivé au terme de sa vie et ne pas vouloir attendre de miracle, ce qu'un cancéreux pourrait également se dire.

**Dr Michael Trew:** Certainement. Ça revient donc à la question de combien de traitement est de trop.

Si un patient a bénéficié de très peu de traitement, d'après le spécialiste d'un traitement qui possède une chance raisonnable de changer son sort, il y a vraiment de quoi se sentir vraiment mal à l'aise. Pourtant, que faire si nous accordons au patient le droit de refuser d'essayer un troisième médicament?

Voilà le dilemme, parce que, d'après nous, il semble que le droit de refus soit une sorte d'absolu.

**L'hon. Pamela Wallin:** Avons-nous du temps pour une petite observation de Me Rahim?

**Le coprésident (L'hon. Marc Garneau):** Je crains que vous ne deviez être très bref, maître.

**Me Shakir Rahim:** Ça souligne le fait que ce qui est incurable ou grave et irrémédiable donnera lieu à différentes interprétations.

Dans notre esprit, l'incurabilité — qui serait une sorte de norme applicable au cancer — et ce que le groupe d'experts a proposé, c'est précisément le type de clarté que peut apporter le Comité, grâce à ce qui a été élaboré pour communiquer aux praticiens les renseignements nécessaires à ce genre de conclusions.

**L'hon. Pamela Wallin:** Merci.

**Le coprésident (L'hon. Marc Garneau):** Merci, maître Rahim.

Nous terminons avec la sénatrice Martin, qui dispose de trois minutes.

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

Je poserai mes premières questions à la Dre Nicolini.

Nous avons discuté des différences entre quelqu'un qui, sur la deuxième voix, souffre d'une maladie physique et quelqu'un qui a un trouble mental. Le groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale a conclu que ses recommandations étaient applicables sans nécessiter l'ajout de nouvelles mesures législatives de protection au Code criminel.

Est-il vrai qu'un tel ajout n'est pas nécessaire pour l'aide médicale à mourir, quand la seule condition sous-jacente est un trouble mental? Pourquoi ou pourquoi pas?

• (1930)

**Dre Marie Nicolini:** Je m'inscris en faux, pour la raison que j'ai expliquée. Nous devons reconnaître la nécessité de différentes normes, le besoin de normes pour les troubles mentaux. Nous nous accordons tous à dire que la santé mentale est une discipline distincte. Dans la pratique, c'est ainsi que nous la considérons.

La distinction est importante, parce que, lorsque nous transposons simplement les normes ou les exigences de l'aide médicale à mourir à la maladie mentale ou aux troubles mentaux, nous nous retrouvons avec une mosaïque de mesures de protection, comme en Belgique et aux Pays-Bas où on ne saisit pas vraiment les objectifs de l'aide médicale à mourir pour des raisons de troubles mentaux ou les mesures de protection que nous considérons tous comme importantes.

En fait, on ne peut commencer à discuter de normes convenables que lorsque nous sommes bien fixés sur elles.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Devrions-nous envisager des mesures précises de protection? Y en a-t-il que vous tenez à mentionner maintenant?

Sinon et si le temps le permet, j'ai une petite question pour Me Rahim.

**Dre Marie Nicolini:** Les mesures de protection ne sauraient remplacer une norme. Nous devons donc expliciter les normes avant de pouvoir discuter des mesures convenables de protection.

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

Maître Rahim, la loi enfreindrait-elle l'article 15 en interdisant l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué, faute de pouvoir déterminer scientifiquement le caractère irrémédiable du mal et non en raison d'un stéréotypage ou d'une discrimination?

**Me Shakir Rahim:** Le stéréotypage n'est pas une condition nécessaire à une infraction de l'article 15. La discrimination s'entend, par définition, de l'imposition d'une charge ou le refus d'accorder un avantage qui renforce, perpétue ou exacerbe un désavantage. Voilà le critère.

Décider si cette infraction, à première vue, de l'article 15(1) est justifiable en raison d'une sorte de motif — par exemple la protection de personnes ayant des troubles mentaux —, ça se fait dans la première partie du critère d'Oakes.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Y a-t-il des preuves précises que c'est le fondement?

**Me Shakir Rahim:** Je suis désolé, je n'ai pas entendu toute la question.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Monsieur le président, mon temps est-il épuisé?

**Le coprésident (L'hon. Marc Garneau):** Je le crains.

Merci beaucoup.

Je vous cède de nouveau la parole.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Je remercie encore nos témoins. Ils nous ont donné amplement matière à réflexion, et leurs connaissances ont été très utiles.

Je suspends les travaux, pendant quelques minutes, le temps de préparer le deuxième groupe de témoins.

Merci beaucoup.

• (1930) \_\_\_\_\_ (Pause) \_\_\_\_\_

• (1935)

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Chers collègues, reprenez.

Voici quelques petites observations pour les nouveaux arrivés.

Veillez attendre que je vous aie nommément accordé la parole avant de la prendre.

Toutes vos observations doivent être adressées aux coprésidents.

Soignez votre diction et votre débit.

L'interprétation pendant cette vidéoconférence se déroule comme dans une réunion de comité en personne. Vous avez le choix, dans le bas de votre écran, entre le parquet, l'anglais ou le français.

Entre vos prises de parole, prière de bien vouloir désactiver votre microphone.

Nous accueillons par vidéoconférence deux témoins à titre personnel: M. Mark Henick, défenseur de la santé mentale, et le Dr Eric Kelleher, psychiatre consultant de liaison à l'hôpital universitaire de Cork.

Nous accueillons par vidéoconférence également les représentantes de l'Ordre des psychologues du Québec: la présidente, la psychologue Christine Grou; la directrice de la Qualité et du développement de la pratique, la psychologue Isabelle Marleau.

Merci beaucoup de votre participation.

Entendons maintenant le premier exposé.

Monsieur Henick, vous disposez de cinq minutes. Allez-y.

**M. Mark Henick (défenseur de la santé mentale, à titre personnel):** Merci beaucoup pour le temps que vous m'accordez pour m'exprimer sur une question si vitale.

Pour commencer, l'essentiel de ce que je voudrais dire est que je possède une expertise intime d'un trouble dépressif majeur, durable et résistant aux traitements qui coexistait avec un trouble d'anxiété sociale et des antécédents de tentatives multiples et de plus en plus graves de suicide ainsi que d'hospitalisations.

Pendant des années, on m'a prescrit des cocktails de médicaments. J'ai connu la contention, l'isolement, on a perdu tout espoir en ma guérison, pourtant, n'eût été ce que j'étais alors, je ne serais pas celui que je suis maintenant et je jouis enfin de la liberté de m'aimer moi-même pour qui je suis maintenant.

Depuis ces sombres décennies, j'ai poursuivi des études supérieures, travaillé comme conseiller en santé mentale et participé à certaines des plus importantes initiatives en matière de santé mentale de notre pays. J'ai visité toutes les provinces et territoires du Canada pour m'entretenir de santé mentale et de maladie mentale avec des survivants et leurs familles.

C'est cette expérience, à la fois professionnelle et personnelle, qui me permet de m'opposer énergiquement à l'élargissement de l'aide médicale à mourir uniquement pour des motifs de maladie mentale. Je peux affirmer sans réserve que, si l'aide médicale à mourir avait existé à l'époque pour ce motif et si elle avait été accessible à des mineurs mûrs, je serais aujourd'hui mort. Ça n'aurait pas été le seul moment de ma vie où je l'aurais envisagé. J'ai combattu ma maladie mentale, parfois âprement, pendant plus de 20 ans. Pourtant, aujourd'hui, je ne suis pas mort. En fait, je vais mieux, mais je ne suis pas une exception. Le rétablissement est l'issue habituelle. Nous sommes résilients par nature, et il faut une oppression active pour nous abattre. Malheureusement, l'oppression est envahissante. Le rétablissement ne devrait pas être un privilège accordé aux rares personnes qui peuvent se l'offrir; c'est un droit. Je suis la preuve de ce que la limitation justifiée de certaines libertés, choix et moyens rend possible.

Je pense que le projet de loi découle d'un dangereux réductionnisme. Par exemple, on ne peut assimiler les unes aux autres les maladies mentales et les maladies physiques, ce que nous avons entendu plus tôt. On a été mal inspiré de vouloir gommer cette différence pour mieux faire paraître la santé mentale en la liant aux problèmes plus glamour de santé physique auxquels on accorde plus de valeur. Évidemment, cela perpétue l'opprobre.

La santé mentale est en soi digne d'une estime séparée. Le fait de qualifier les maladies mentales d'irréremédiables maladies du cerveau est à la fois nuisible et faux en grande partie. Scander sans cesse la notion de déterminisme biologique, dire aux malades que leur cerveau est brisé et irréparable, c'est s'écarter chaque fois du consensus scientifique. Ça perpétue également l'opprobre.

Le caractère irréremédiable des maladies mentales ne peut pas être prédit de manière fiable. D'après moi, est simplement médiocre tout clinicien qui affirme le contraire. Si, après avoir essayé quatre médicaments sans succès, vous estimez qu'aucun n'est efficace et que vous avez tout essayé, vous vous leurrez. Vous avez essayé une chose. Le cloisonnement des professions épuise et tue les gens. Lui aussi, il perpétue l'opprobre.

Quand on laisse des évaluateurs décider que le patient souffrant de maladie mentale est une cause perdue, il faut vraiment se demander à soi-même combien de fois on est disposé à avoir tort. Combien de morts injustifiées sont acceptables? L'absence de preuves de l'existence d'un espoir ne prouve pas l'absence d'espoir.

Si le projet de loi était vraiment axé sur les droits, il envisagerait de manière plus réfléchie le parcours de décisions ou l'architecture des choix qui conduisent les malades mentaux à d'abord vouloir mourir, que ce soit par une aide médicale ou par tout autre moyen. Si vous suiviez ce parcours, vous verriez que l'aide médicale à mourir pour motif de maladie mentale seulement est impossible à distinguer du suicide. Comment choisir librement, dans la croyance de n'avoir aucun autre choix? Voilà comment réfléchit celui qui envisage de se suicider. Je suis bien placé pour le savoir. Grâce à notre parti pris naturel pour les solutions accessibles, exacerbé par la rigidité cognitive imposée par notre contrainte mentale et favorisé par l'absence d'options accessibles de traitement, nous concluons, erronément, que nous ne serons jamais mieux, qu'il n'y a aucun espoir et que nous n'aurons pas d'autre choix.

Ce n'est pas une fatalité. La guérison d'une maladie mentale n'est pas seulement possible; elle est effectivement attendue et probable, particulièrement quand on accède rapidement aux soins, mais chacune de nos provinces ne s'acquitte pas de ses obligations prévues

par la Loi canadienne sur la santé concernant la prestation des soins de santé mentale. Tant que l'accès à une psychothérapie médicalement nécessaire ne sera pas universel et que les temps d'attente des interventions psychiatriques et autres pourront excéder au moins une année, les soins de santé mentale au Canada ne seront ni accessibles ni complets.

L'aide médicale à mourir pour le seul motif de la maladie mentale affirme que si un malade mental songe à s'enlever la vie, nous devrions le laisser faire et même l'y aider. La qualifier d'aide à mourir, c'est aseptiser la réalité. C'est un suicide assisté, qui s'oppose directement aux efforts de prévention du suicide.

● (1940)

L'aide médicale à mourir pour le seul motif de la maladie mentale est le comble de l'outrage. C'est pire que violer les droits des malades mentaux; c'est les priver de la possibilité de voir restaurer et défendre leurs droits prépondérants.

Dans l'esprit de la loi de notre pays et dans la loi morale de nos cœurs, faire soigner sa maladie mentale est un droit, et le suicide n'est pas un crime. Le suicide est une situation d'urgence dans la santé publique que fait perdurer un système de santé en déroute. N'en imputez pas la responsabilité aux victimes. Ne nous faites pas accroire qu'il s'agit de nos droits, de notre tempérament biologique ou de l'idéal romantisé d'une belle mort, qui, comme par hasard, coûte commodément moins cher à l'État que les investissements dans de véritables soins. L'élargissement de l'aide médicale à mourir aux cas de maladie mentale dissuade de réparer le système. S'il vous plaît, concentrez plutôt votre énergie à construire un système qui aide à bien vivre et non à mourir. Chaque Canadien ayant une maladie mentale a le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité et le droit de ne pas en être dépossédé, tant pour cause de maladie qu'à cause des lacunes générales du système.

À cette fin, je vous demande de vous battre pour le droit à la vie que nous accorde notre Charte des droits et libertés et de refuser qu'on élargisse l'aide médicale à mourir pour le seul motif de la maladie mentale.

Je vous remercie de votre attention.

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

Docteur Kelleher, vous disposez de cinq minutes.

**Dr Eric Kelleher (psychiatre consultant de liaison, Hôpital universitaire de Cork, à titre personnel):** Merci.

Pour commencer, je partage en tout point la position que vient d'exprimer M. Henick et je l'appuie.

Je me nomme Eric Kelleher. Je suis psychiatre consultant de liaison à l'hôpital universitaire de Cork, en Irlande, et maître de conférences cliniques, à titre honoraire, au collège universitaire de la même ville. Je suis membre du collège des psychiatres d'Irlande, où je suis vice-président de la faculté de psychiatrie de liaison et membre du comité d'éthique et des droits de la personne. Je suis également le coauteur de la déclaration de principes de notre collège sur l'euthanasie et l'aide médicale au suicide, dans laquelle nous nous opposons à l'autorisation de ces pratiques en Irlande. Ce genre de loi nous fait particulièrement craindre que, au fil du temps, on ne les élargisse aux patients ayant une maladie mentale, situation qui guette actuellement beaucoup de ces patients au Canada.

C'est à titre personnel que je m'adresse à vous, et je remercie votre comité de sa gracieuse invitation.

Mon point de vue est triple.

D'abord, en édictant cette loi, le gouvernement canadien annonce sans détours aux patients ayant une maladie mentale que, non seulement, il est acceptable de mettre fin à ses jours, mais, encore, que l'État les y aidera. Cela altérera pour toujours non seulement les rapports entre les professionnels de la santé mentale et leurs patients, mais également la perception d'eux-mêmes et de leur maladie chez les patients.

L'état suicidaire est un critère central de diagnostic de la dépression, de certaines maladies psychotiques et de certains troubles de la personnalité, tous des troubles mentaux qu'on peut parfaitement traiter au moyen de soins prodigués par une équipe multidisciplinaire.

Les promoteurs de ce projet de loi diront qu'il existe de nette différence entre un malade dépressif et suicidaire et un malade dépressif qui choisit l'aide médicale à mourir, quand, en réalité, il sera impossible aux cliniciens ou aux évaluateurs de distinguer les deux.

La maladie mentale — et ceux qui ont eu le malheur d'en avoir une le confirmeront — déforme la perception de soi, du monde et de son propre avenir chez le malade. Elle a la propriété intrinsèque d'engendrer le désespoir, de rendre léthargique, de faire éviter le traitement et de ne pas s'y conformer. La détermination de la maladie et de son traitement, la restauration de l'espoir et le soutien du patient à certains des moments les plus difficiles de sa vie, tout ça fait partie intégrante des tâches des psychiatres, des psychologues et des autres professionnels de la santé mentale. Comment ces professionnels et les stratèges de la prévention du suicide au Canada pourront-ils déconseiller aux patients de mettre fin à leurs jours alors que l'aide médicale à mourir pour cause de maladie mentale l'autorise pour ces patients?

Ce qui me conduit au deuxième aspect.

Le devoir du gouvernement canadien, du gouvernement irlandais ou assurément de tout autre gouvernement est de protéger les citoyens les plus vulnérables et de veiller à ce que les lois ne leur causent du tort. Ceux chez qui la maladie mentale provoque la dépression et des pensées suicidaires sont plus susceptibles d'être pauvres, sans instruction, privés de droits et d'avoir subi, dans l'enfance, des traumatismes, notamment des sévices sexuels.

Aux Pays-Bas, 60 % des patients euthanasiés étaient décrits comme solitaires et isolés socialement. La recherche montre que les femmes sont plus susceptibles de connaître la dépression clinique et de subir de la maltraitance et qu'elles sont également plus susceptibles que les hommes d'obtenir l'aide médicale à mourir pour des raisons de maladie mentale...

• (1945)

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Je suis désolée de vous interrompre, docteur Kelleher.

Pourriez-vous ralentir le débit d'ici la fin de votre exposé? Nous avons de l'interprétation dans les deux langues. Merci beaucoup.

**Dr Eric Kelleher:** Pas de problème.

Plutôt que d'aider les patients à mettre fin à leurs jours au moyen de l'aide médicale au suicide, l'État devrait tenir compte du budget accordé à la lutte contre la maladie mentale, de la durée de l'attente d'une consultation avec un psychiatre et envisager des moyens pour fournir d'excellents soins à ces patients avec le concours d'excellentes équipes multidisciplinaires. C'est uniquement après que ces

conditions seront remplies que les patients pourront affirmer avoir le choix de leur traitement.

Ce qui m'amène au troisième aspect. Pour soigner la maladie mentale, il faut considérer le patient comme une personne entière et examiner toutes les manifestations de la maladie et toutes les facettes des soins — les facteurs psychologiques, sociaux et biologiques. Il n'existe aucune preuve du caractère irrémédiable de la maladie mentale. Dans la pratique, l'amélioration d'une partie ou de la totalité des facteurs précités peut devoir être optimisée pour qu'un patient voie sa situation s'améliorer.

Considérez-vous qu'un patient suicidaire souffrant d'une dépression clinique associée à une solitude et à une pauvreté notables soit un cas irrémédiable? Bien sûr que non, mais beaucoup de ces facteurs, comme la pauvreté et le logement, peuvent exiger des mois d'efforts pour trouver une réponse convenable, délai au bout duquel le patient risque d'être déjà mort parce qu'il aura reçu l'aide médicale à mourir pour des motifs de maladie mentale.

J'ai été scandalisé à la lecture de l'histoire d'une Canadienne qui souffrait de diverses sensibilités à des substances chimiques et qui a reçu l'aide médicale à mourir faute de pouvoir s'adapter à sa maladie dans un logement qui ne répondait pas à ses besoins en matière de soins de santé, malgré la recherche, pendant deux ans, par les organismes officiels, d'un logement qui y aurait répondu. Il est certain que le traitement de ce dossier a été profondément mal conduit, puisque cette femme a pu obtenir que des organismes financés par l'État lui procurent la mort mais non le logement.

Bref, il faut réagir à la révélation de pensées difficiles et effrayantes, comme des idées suicidaires, non seulement avec empathie mais, également, avec un sens pratique, en travaillant avec le patient à la recherche de solutions et non en avalisant superficiellement les distorsions cognitives dangereuses et potentiellement mortelles de la maladie mentale et en aidant les patients souffrant de maladie mentale, qui comptent parmi les membres les plus vulnérables de la société, pour qu'ils mettent fin à leurs jours au moyen de l'aide médicale à mourir qu'on leur accordera pour des motifs de maladie mentale.

Je vous remercie sincèrement de votre attention et je répondrai avec plaisir à vos questions.

Merci.

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

Mesdames Grou et Marleau, avez-vous une déclaration à faire ou...?

D'accord. Je suppose que la Dre Grou prendra la parole. Merci beaucoup.

Docteur Grou, vous disposez de cinq minutes.

[Français]

**Mme Christine Grou (présidente et psychologue clinicienne, Ordre des psychologues du Québec):** Tout d'abord, je remercie grandement le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir de m'avoir invitée à comparaître devant le Comité.

Ma collègue et moi représentons l'Ordre des psychologues du Québec, dont je suis la présidente.

Je suis psychologue clinicienne et neuropsychologue spécialisée en santé mentale. Je traite des gens depuis 35 ans. J'ai travaillé 30 ans en milieu hospitalier et 25 ans en milieu psychiatrique. J'ai, bien sûr, acquis une expertise en neuropsychologie pour ce qui est des troubles mentaux graves et aussi une expertise en éthique. Je suis donc éthicienne, et j'ai présidé le comité d'éthique de l'hôpital pour discuter des cas complexes, pendant plus de dix ans.

La Dre Marleau, qui est spécialiste des troubles neurodéveloppementaux, a aussi passé 15 ans dans le réseau public de la santé à titre de psychologue clinicienne.

L'aide médicale à mourir est un sujet qui nous anime beaucoup, depuis les débuts, à l'Ordre des psychologues du Québec. De plus, l'aide médicale à mourir pour les personnes ayant un trouble mental nous interpelle particulièrement, compte tenu de notre expertise.

Tout d'abord, j'aimerais dire que l'Ordre est d'accord sur l'ensemble des recommandations du Groupe d'experts, mais, d'entrée de jeu, je dois aussi dire que l'Ordre et nous-mêmes sommes de fervents croyants, quand il s'agit du traitement et du rétablissement des personnes.

Nous avons choisi des professions réparatrices. Nous avons choisi de traiter les gens, et l'Ordre des psychologues du Québec s'assure de la qualité des services psychologiques et du développement des pratiques, ainsi que de l'accessibilité des services. Nous croyons donc fermement au traitement des personnes qui souffrent de détresse psychologique et de troubles mentaux.

Je souhaite réitérer, comme le fait le Groupe d'experts, notre préférence pour l'utilisation du terme « trouble mental » plutôt que celui de « maladie mentale », ce dernier étant déjà utilisé dans la littérature médicale. Nous sommes d'avis qu'il n'est pas nécessaire d'ajouter des critères ou balises supplémentaires pour l'accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes qui ont un trouble mental. Cependant, il faut plutôt très bien comprendre et très bien opérationnaliser ces balises.

Actuellement, une majorité des personnes qui font déjà des demandes d'aide médicale à mourir le font en raison de leur état physique. Cependant, elles ont le droit de le faire non pas parce que ce sont leurs souffrances physiques qui ne sont pas apaisées, mais parce que, en raison de leur état physique, elles ont des souffrances psychologiques non apaisées. Pourquoi avoir une logique différente pour les gens qui souffrent uniquement de troubles mentaux? Tout comme pour les maladies physiques, nous sommes d'avis que le processus d'évaluation actuel suffit pour s'assurer que la demande d'aide médicale à mourir est libre, éclairée, cohérente et réfléchie. Le défi est, bien sûr, de confirmer qu'il s'agit d'un trouble mental ayant un caractère irréversible et que les souffrances sont persistantes et intolérables.

Les critères actuels, à notre avis, vont permettre d'éliminer les cas pour lesquels le désir de suicide serait lié à un désir spontané de mort provoqué par une crise ou par un trouble non traité ou insuffisamment traité. Nous sommes persuadés que le processus d'évaluation va permettre de respecter l'autonomie des personnes qui souffrent d'un trouble mental en s'assurant, par ailleurs, de protéger les personnes vulnérables, que ce soit en raison de leur état ou à cause de leur difficulté d'accès aux services.

Pour ce qui est de l'évaluation de l'aide médicale à mourir, nous croyons que les psychologues et neuropsychologues devraient être mis à profit lors du processus compte tenu de leur expertise particu-

lière, et qu'ils pourraient offrir un apport considérable. Nous croyons même qu'ils pourraient être désignés comme des évaluateurs experts indépendants.

Nous estimons que, selon la nature du problème et du contexte, il pourrait être plus pertinent, effectivement, de faire appel à eux. J'ajouterais que les psychologues et neuropsychologues ont une formation universitaire de huit à neuf ans. De plus, ils sont particulièrement avisés en ce qui concerne l'espace narratif qui est propice à la confiance et, surtout, ils sont formés à avoir une position de neutralité quant à la subjectivité du patient. Ils sont aussi formés à neutraliser leurs propres sentiments.

Pour ce qui est de la mise en œuvre, il va de soi que la formation des professionnels devrait être adaptée pour inclure les troubles mentaux. C'est la même chose pour les guides et les normes de pratique en matière d'aide médicale à mourir.

À ce jour, l'aide médicale à mourir est bien balisée et surveillée. Les balises établies devraient permettre d'éviter les dérives potentielles.

● (1950)

Nous sommes aussi d'avis que les balises existantes font en sorte qu'un très petit nombre de personnes est admissible à l'aide médicale à mourir. Les balises sont déjà en place. Il faut maintenant opérationnaliser adéquatement les mesures de protection.

À mon avis, la collectivité doit franchir cette étape. On a mis beaucoup de temps à reconnaître l'autonomie et les droits des personnes qui souffrent de troubles mentaux. On a aussi mis du temps à reconnaître l'individu, à ne pas faire de distinction entre les deux types de santé et à reconnaître la santé globale. La distinction entre la santé mentale et la santé physique n'est pas tranchée.

Maintenant que l'on reconnaît l'autonomie et les droits des personnes qui ont des troubles de santé mentale, il ne faudrait pas les priver d'un droit que l'on donne à tous les autres patients. De plus, il ne faudrait pas être tenté d'opposer l'accès aux services et la qualité des services à l'aide médicale à mourir. Au contraire, je pense qu'il faut assurer l'accès aux services et la qualité des services avant d'envisager l'aide médicale à mourir.

Nous serons heureux de répondre à vos questions et de participer à la discussion.

● (1955)

[Traduction]

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Je vous remercie tous pour vos témoignages.

Les députés Vien et Cooper partageront entre eux cinq minutes.

Entendons d'abord Mme Vien.

[Français]

**Mme Dominique Vien (Bellechasse—Les Etchemins—Lévis, PCC):** Je vous remercie beaucoup, madame la présidente.

Mes questions s'adressent essentiellement à Mme Grou.

Madame Grou, j'ai lu votre mémoire, et je l'ai trouvé très intéressant. À la recommandation 7, on peut lire ce qui suit:

Le refus d'une médication ou tout autre refus de traitement ne devrait jamais disqualifier une personne qui souhaite bénéficier de l'AMM.

Qu'avez-vous à nous dire sur quelqu'un qui refuse des traitements ou qui n'aurait pas utilisé tous les traitements à sa disposition alors que le trouble mental est la seule raison invoquée pour demander l'aide médicale à mourir?

**Mme Christine Grou:** En fait, ce qu'il faut évaluer et ce qu'il faut éviter, c'est l'acharnement thérapeutique, d'une part. D'autre part, quand on propose des soins en santé mentale, on veut que le consentement soit libre et éclairé, au même titre que pour n'importe quel traitement. Pour que le consentement soit libre et éclairé, il faut aviser la personne de la nature du traitement proposé. Il faut l'aviser des bienfaits, des conséquences potentielles et des méfaits possibles du traitement, en plus de proposer d'autres traitements. Il faut respecter le choix éclairé de la personne.

Autrement dit, à partir du moment où la personne a une autonomie cognitive qui lui permet de prendre une décision, de bien comprendre l'information et de porter un jugement, nous allons respecter son choix. Par exemple, une personne peut refuser...

**Mme Dominique Vien:** Madame Grou, je vous demanderais de conclure rapidement, car je n'ai plus beaucoup de temps de parole et j'aimerais vous poser une autre petite question.

**Mme Christine Grou:** Si l'on respecte le consentement éclairé de la personne, cela veut dire qu'il ne faut pas la contraindre à accepter tous les soins. Sinon, cela revient à dire que l'on ne respecte plus son consentement.

**Mme Dominique Vien:** Selon vous, il faut que ces gens aient accès à la psychothérapie. Or les services offerts sont à géométrie variable, particulièrement dans une région rurale comme celle que je représente.

Que pouvez-vous nous dire à cet égard?

Vous dites que les gouvernements doivent reconnaître ce fait.

**Mme Christine Grou:** Ce que je dis, c'est que la demande d'aide médicale à mourir ne devrait pas être vue comme un échec du système de santé.

Lorsque l'on propose des interventions en santé, il faut d'abord avoir fait l'historique des interventions faites auprès de la personne. Il est vrai que le pronostic est difficile à établir, mais c'est quand même possible de le faire lorsqu'une personne a de longs antécédents de troubles mentaux. Il faut donc concevoir des services afin que les personnes ne fassent pas une demande d'AMM par dépit.

Il ne faut pas opposer la qualité des services et l'accessibilité aux services à l'aide médicale à mourir. Il faut vraiment assurer l'un et permettre l'autre, et non pas les opposer.

**Mme Dominique Vien:** Je vous remercie.

[Traduction]

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

Monsieur Cooper, les deux dernières minutes et demie vous appartiennent.

**M. Michael Cooper:** Merci, madame la coprésidente.

Docteur Kelleher, des témoins ont prévenu notre comité de la possibilité de contagion du suicide, en faisant observer que, dans les pays qui autorisent l'aide médicale à mourir pour des raisons de maladie mentale, les taux de suicide ont augmenté, ce que d'autres témoins ont contesté.

D'après votre recherche, qu'arrive-t-il aux taux de suicide dans les pays qui autorisent l'aide médicale à mourir pour des raisons de troubles mentaux?

**Dr Eric Kelleher:** Voilà une vraiment bonne question.

Malheureusement, l'information est plutôt rare. Une analyse systématique récente, l'une des formes de preuves les plus dignes de confiance, a été publiée cette année. Sa conclusion était simplement qu'il se faisait peu de recherche dans ce domaine.

Plusieurs études signalent des augmentations des taux globaux de suicide et, dans certains cas, des suicides sans aide médicale dans les pays qui ont adopté des protocoles qui s'apparentent à l'aide médicale à mourir. Notamment, les femmes de certains pays du Benelux ont de plus en plus accès à l'aide médicale à mourir pour des motifs de maladie mentale. C'est un phénomène caractéristique. D'habitude, les femmes qui s'autoutilent recourent à des moyens non létaux. Mais on observe, à la différence de chez les hommes, un nombre croissant de femmes souffrant de maladies psychiatriques qui reçoivent l'aide médicale à mourir pour des motifs de maladie mentale.

Des tendances observées en Europe montrent certainement que l'aide médicale à mourir pour ces motifs semble disproportionnelle pour les femmes et, dans certains pays, un effet de contagion semble augmenter le taux de suicides sans aide médicale. De toute manière, la recherche le constate: cette contagion existe à l'échelle locale et explique les lignes directrices très rigoureuses visant les reportages sur les suicides et leur description dans les médias.

• (2000)

**M. Michael Cooper:** Merci.

Docteur Kelleher, pourriez-vous communiquer à notre comité les études que vous avez citées?

**Dr Eric Kelleher:** Oui, absolument. Elles ont été toutes deux publiées cette année par David Jones, au Royaume-Uni, et la Pre Anne Doherty, à Dublin. Je peux vous communiquer cette bibliographie.

**M. Michael Cooper:** Merci.

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

Monsieur Arseneault vous disposez de cinq minutes.

[Français]

**M. René Arseneault (Madawaska—Restigouche, Lib.):** Je vous remercie, madame la présidente.

Ma première question s'adresse à M. Mark Henick.

Monsieur Henick, je vous remercie de nous avoir parlé de votre expérience personnelle et du fait d'avoir vaincu la maladie mentale, si je puis m'exprimer ainsi.

Vous avez dit, avant de conclure votre présentation, que n'eût été votre combat contre la maladie, vous auriez été l'une des victimes de l'AMM.

Ai-je bien compris votre témoignage?

[Traduction]

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

À quel témoin avez-vous...?



**M. René Arseneault:** À M. Henick.

**M. Mark Henick:** Je n'ai jamais demandé l'aide médicale à mourir

[Français]

**M. René Arseneault:** Vous n'avez jamais fait de demande d'aide médicale à mourir, mais j'ai cru comprendre que si cela avait été offert à l'époque, vous en auriez fait une.

Est-ce bien cela?

[Traduction]

**M. Mark Henick:** Oui, c'est exact.

Si elle avait été accessible au plus fort de mes difficultés, en fait durant ma maladie mentale chronique, je l'aurais souvent demandée.

[Français]

**M. René Arseneault:** Vous n'avez jamais fait de demande d'aide médicale à mourir et vous n'avez jamais consulté d'évaluateurs pour en faire une.

Est-ce exact?

[Traduction]

**M. Mark Henick:** Non, ce n'était pas offert.

[Français]

**M. René Arseneault:** Je vous remercie.

Madame Grou, si j'ai bien compris votre témoignage, vous êtes d'accord sur toutes les recommandations contenues dans le rapport d'experts.

On se bute souvent au caractère irrémédiable du trouble mental.

Avez-vous quelque chose à nous dire en lien avec cela et les recommandations du rapport d'experts?

**Mme Christine Grou:** Il est vrai que c'est plus compliqué d'établir un pronostic en santé mentale. Cela dit, c'est aussi compliqué pour certaines maladies physiques.

Or cette apparente complexité doit-elle faire en sorte que l'on refuse les demandes d'AMM ou doit-elle plutôt faire en sorte que l'on se penche davantage sur la question pour définir de meilleures balises?

Je pense qu'il faudrait mettre au point de meilleures balises.

**M. René Arseneault:** Pouvez-vous nous donner des pistes à cet égard?

**Mme Christine Grou:** Je vais vous donner un exemple très concret.

En 25 ans de psychiatrie et en 30 ans de travail en hôpital, j'ai vu deux cas où des patients auraient pu demander l'aide médicale à mourir et qui auraient peut-être pu l'obtenir. Compte tenu des balises actuelles, il n'est pas possible de l'obtenir à 20 ou à 25 ans. De plus, il est impossible de l'obtenir dans un contexte d'épisode dépressif majeur non traité ni lorsque la personne n'a pas de longs antécédents de douleurs et de souffrances.

Si cela fait 10 ans ou 15 ans qu'une personne souffre, malgré les traitements qui sont jugés par un expert indépendant comme étant relativement optimaux et si l'on fait des essais thérapeutiques et

que, pour toutes sortes de raisons, un nuage noir persiste au-dessus de sa tête, l'aide médicale à mourir pourrait être envisageable.

Il faut comprendre qu'il y a des histoires de vie extrêmement difficiles et qu'il peut être extrêmement complexe de traiter certains problèmes de santé. C'est rare, mais cela existe. Si je vous dis que des gens ont un cancer de l'âme et que l'on n'arrive pas à le traiter, me direz-vous qu'il faut les condamner à souffrir? Faut-il les priver de cette autonomie de choisir?

J'aurais tendance à dire qu'il faut tenir compte du désir de mort chez quelqu'un qui n'est pas capable de vivre et avec qui on a tout tenté. Il ne s'agit pas ici de quelqu'un que le système de santé a abandonné. On peut examiner la nature des traitements, la longévité des traitements, l'intensité de la souffrance et, surtout, la durée de celle-ci, y compris l'ensemble des troubles de santé dont elle souffre.

Il faut aussi considérer l'accord de la personne et de son entourage, de sa famille qui la voit vivre depuis 10 ans, 15 ans ou 20 ans. Dans ce contexte, risque-t-on tant de se tromper quant au pronostic? Je ne pense pas.

• (2005)

**M. René Arseneault:** Je vous remercie.

Ma prochaine question s'adresse au Dr Eric Kelleher.

Docteur Kelleher, les recherches et les conclusions dont vous nous avez fait part aujourd'hui ont-elles été replacées dans le contexte de la décision Carter rendue par la Cour suprême du Canada?

Je souligne que l'affaire Carter, à l'unanimité, nous a guidés dans l'aide médicale à mourir en fonction de l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés. Cet article parle du droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne.

[Traduction]

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Très brièvement, docteur Kelleher.

**Dr Eric Kelleher:** Peut-il, s'il vous plaît, clarifier la question? J'ai mal saisi.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Toutes mes excuses, mais il ne reste plus de temps.

[Français]

**M. René Arseneault:** Je vous remercie.

Nous pouvons passer au prochain intervenant.

[Traduction]

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Au tour, maintenant, de M. Thériault.

[Français]

**M. Luc Thériault:** Je vous remercie beaucoup, madame la présidente.

Monsieur Henick, je vous pose la question suivante, parce que votre témoignage repose sur votre expérience personnelle. Vous avez aussi entendu le témoignage de la Dre Grou.

Si vous avez lu le rapport du Groupe d'experts, qu'est-ce qui vous fait croire que vous auriez été admissible à l'aide médicale à mourir au moment où vous n'alliez pas bien?

Vous avez l'air tout jeune — en tout cas plus que moi. Qu'est-ce qui vous permet de croire que vous y auriez eu accès?

[Traduction]

**M. Mark Henick:** Je vous remercie de cette question qui me donne l'occasion de mettre les choses au clair.

Je suis convaincu que j'aurais été un candidat admissible. J'ai fait plus d'une demi-douzaine de séjours hospitaliers involontaires. On m'a transféré dans différents hôpitaux. On m'a gardé en salles fermées. J'ai essayé plus d'une douzaine de médicaments, et aucun ne semblait vraiment efficace. J'ai consulté une foule de médecins. La maladie était chronique et persistante pour un nombre suffisant d'années qui m'auraient rendu absolument admissible, et si la loi avait évolué de manière à admettre à ce traitement ceux qu'on qualifie de mineurs mûrs, j'aurais peut-être été admissible beaucoup plus tôt.

Je suis tellement reconnaissant, je le serai éternellement, à l'aide médicale à mourir pour des motifs de maladie mentale de ne pas avoir existé quand j'ai éprouvé des difficultés, convaincu comme je l'étais, quotidiennement, que je serais mort le lendemain. Et j'ai survécu. Chacun, également, mérite cette chance. Si on cherche les causes profondes de ce si long combat, elles ne se trouvent pas dans l'inefficacité des traitements. Au contraire, leur efficacité est amplement prouvée, et le véritable problème réside dans l'accès à ces traitements et dans leur obtention, ce que j'ai exactement vécu.

[Français]

**M. Luc Thériault:** Je vous remercie, monsieur Henick. Vous avez répondu à la question. Je suis désolé de vous interrompre.

Comme je dispose de peu de temps, je vais maintenant m'adresser à la Dre Grou.

Docteur Grou, vous avez lu le rapport, vous aussi. Vous nous avez dit que vous l'appuyiez.

Si nous allions dans le sens d'autoriser les demandes d'aide médicale à mourir provenant de personnes souffrant de troubles mentaux alors qu'il s'agirait de la seule raison médicale invoquée, en quoi cela pourrait-il être considéré comme une entrave à la lutte contre le suicide et à la prévention du suicide?

**Mme Christine Grou:** La prévention du suicide est un élément sur lequel il est important de continuer à travailler, notamment en donnant accès aux soins et en permettant une continuité des soins. Il y a du chemin à faire à cet égard, cela est évident.

Il ne faut toutefois pas considérer que les patients suicidaires sont tous dans le même registre. En ce qui concerne le patient suicidaire pour qui c'est l'expression du moment, pour qui c'est une expression impulsive et qui, deux semaines plus tard, va mieux, je pense qu'il faut continuer à le traiter et à faire de la prévention.

La situation est très différente dans le cas d'une personne qui a un problème de santé physique, qui n'a plus aucune qualité de vie et qui devient suicidaire de façon réfléchie et rationnelle. Dans ce cas, nous allons considérer l'aide médicale à mourir.

Prenez une personne qui a un problème de santé mentale duquel on n'arrive pas à l'affranchir, que l'on n'arrive pas à faire aller mieux et qui a des souffrances intolérables pendant longtemps. Elle pourrait, elle aussi, de façon réfléchie et rationnelle, privilégier la qualité de sa vie, plutôt que le respect sacré de la vie, et avoir un désir de mort. Cette personne suicidaire, qui a un désir de mort, ressemble donc davantage à une personne qui pourrait faire une demande

d'aide médicale à mourir, et c'est peut-être elle qui le fera. Tous les suicidaires ne sont pas identiques, et toutes les motivations et tous les suicides ne sont pas identiques.

Si l'on parle d'une personne qui a réfléchi longuement, à qui on a proposé des traitements, et même différents choix de traitement, qui a un cursus de traitement qui n'a pas fonctionné, qui veut arrêter de souffrir et qui envisage la mort, il y a deux choix. Je peux vous assurer qu'il y a des patients qui, de toute façon, vont attenter à leurs jours dans un contexte comme celui-là et de façon réfléchie. Préférons-nous les contraindre à mourir seuls et dans des conditions qui sont parfois risquées ou préférons-nous leur permettre cette offre de soins, qui sont offerts à tout autre patient par ailleurs, d'avoir une mort plus accompagnée, plus digne et plus sécuritaire?

Dans les deux cas, peut-être devrions-nous donner accès à l'aide médicale à mourir à ces patients. Si nous ne le faisons pas, n'est-ce pas leur refuser un droit fondamental et, encore une fois, faire prendre un recul à la santé mentale en disant que nous allons respecter l'autonomie de tous les patients dans leur choix de traitement, dans leur désir d'être traité ou non, et même dans la responsabilisation de leur traitement? N'est-ce pas dire que nous allons respecter leur autonomie pour tout, mais pas pour leur demande d'aide médicale à mourir, et que nous allons les exclure encore une fois? Cela fait reculer la santé mentale et les droits des patients en santé mentale d'un demi-siècle.

• (2010)

[Traduction]

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

Monsieur MacGregor, vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes.

**M. Alistair MacGregor:** *Merci, madame la coprésidente.*

*Merci aux témoins qui sont des nôtres aujourd'hui.*

Monsieur Henick, j'aimerais d'abord m'adresser à vous. Je vous suis reconnaissant d'avoir comparu devant notre comité pour nous raconter votre histoire personnelle.

En fin de compte, quel traitement vous a permis de vous en sortir et de vous rendre là où vous êtes aujourd'hui? Je voudrais en savoir plus sur le professionnel de la santé qui vous a aidé dans ce cheminement et sur le traitement qui vous a permis d'aussi bien vous en tirer.

**M. Mark Henick:** J'aimerais bien pouvoir vous répondre quelque chose de plus intéressant, mais c'est davantage une affaire de chance et de patience, car certains traitements que j'ai reçus ont en fait grandement empiré mon état. Il y a une mise en garde bien connue concernant les antidépresseurs prescrits aux enfants — et maintenant pour tous ceux qui ont moins de 30 ans, et plus particulièrement pour les adolescents, comme c'était mon cas. J'ai eu droit pour ma part à plus d'une dizaine de médicaments différents, qu'il s'agisse d'antidépresseurs, d'antipsychotiques, d'anxiolytiques, de somnifères, d'hypnotiques et d'anticonvulsivants prescrits pour une utilisation hors indication pour différentes raisons.

D'une certaine manière, mon traitement a en quelque sorte entravé mon rétablissement. Mes expériences d'hospitalisation ont été fortement traumatisantes.

Ce n'est que par la suite que j'ai pu aller à l'université, me bâtir un meilleur réseau de soutien social et entreprendre une thérapie... Je n'ai jamais eu véritablement accès à la psychothérapie lorsque j'étais au plus fort de la tourmente. Ce n'est qu'en bénéficiant d'un soutien social de la sorte, qu'avec le temps et qu'en faisant autre chose de ma vie que j'ai pu me rendre compte que j'étais capable d'en faire bien davantage que ce que je croyais possible auparavant.

**M. Alistair MacGregor:** Je suis désolé de devoir vous interrompre, mais je dispose de peu de temps et j'ai quelques autres questions à vous poser.

Vous avez indiqué que si l'aide médicale à mourir avec un trouble mental comme seul problème de santé évoqué avait été disponible, vous auriez présenté une demande. Étant donné les balises établies dans notre Code criminel, pouvez-vous affirmer avec certitude que...? Après tout, il faut l'accord de deux médecins indépendants.

J'ai l'impression que c'est une situation tout à fait hypothétique. Vous dites être certain que l'on aurait acquiescé à votre demande, mais nous ne pouvons pas vraiment le savoir avec certitude, n'est-ce pas?

**M. Mark Henick:** Peut-être que vous ne pouvez pas vous-même en être sûr, mais lorsque vous êtes hospitalisé assez souvent, vous finissez par savoir quoi dire aux médecins pour qu'ils fassent exactement ce que vous avez besoin qu'ils fassent. Je pouvais ainsi obtenir mon congé de l'hôpital alors que j'aurais dû y rester, ou encore être hospitalisé alors que je n'aurais peut-être pas dû l'être. Lorsqu'on devient un habitué, comme on me le rappelait sans cesse, on apprend comment le système fonctionne.

Je peux constater le même phénomène dans mon rôle de professionnel en santé mentale. C'est ce que font sans cesse mes patients.

• (2015)

**M. Alistair MacGregor:** J'aimerais préciser quelque chose.

Êtes-vous en faveur de l'aide médicale à mourir pour les personnes souffrant de problèmes physiques leur causant des préjudices graves et irrémédiables?

**M. Mark Henick:** C'est-à-dire [*Inaudible*].

**M. Alistair MacGregor:** Êtes-vous en faveur dans les cas de cancer en phase terminale?

**M. Mark Henick:** Bien sûr. Je ne m'oppose pas systématiquement à toutes les formes d'aide médicale à mourir. Je crois cependant que l'on fait fausse route en voulant comparer les deux.

**M. Alistair MacGregor:** J'aimerais approfondir un peu la question, car nous avons reçu des témoins qui nous ont parlé des droits à l'égalité prévus à l'article 15. Nous savons quelle position a adoptée la Cour suprême à ce sujet. Le fait est que la loi a déjà été changée. Nous nous penchons sur la question a posteriori.

Je dis cela très respectueusement. C'est une question tout à fait sincère. En quoi votre point de vue est-il conciliable avec les droits dont jouit une personne en vertu de l'article 15? Et si une personne souffrant d'un trouble avait une opinion diamétralement opposée à la vôtre? Êtes-vous en train de nous dire que votre point de vue aurait préséance sur l'histoire personnelle de ce patient et sur son expérience subjective? J'aimerais vraiment savoir comment vous voyez les choses.

**M. Mark Henick:** Je dis simplement que la voie thérapeutique est très différente dans chaque cas. Il est probable qu'une personne

souffrant d'un cancer en phase terminale — comme un témoin précédent l'a mentionné — comprenne beaucoup plus clairement que son état est effectivement irrémédiable et qu'elle va mourir de toute manière ou dans un avenir prévisible, même si les critères à ce sujet ont maintenant changé. Cette personne n'a sans doute pas expérimenté le même degré de stigmatisation, de discrimination et d'insuffisance des soutiens sociaux qu'une autre ayant un problème de santé mentale.

Je suis donc tout à fait en faveur d'un traitement distinct pour ces deux personnes, car les circonstances qui les ont menées à leur état actuel sont très différentes.

Il faut aussi considérer le fait que la maladie mentale, par définition — et ce, même si vous ne perdez pas votre capacité décisionnelle — influe sur les décisions que vous allez prendre. C'est un élément que nous ne devons pas négliger.

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

Je vais maintenant céder le fauteuil à mon coprésident, M. Garneau.

Merci beaucoup.

**Le coprésident (L'hon. Marc Garneau):** Merci, sénatrice Martin.

Nous passons au tour des questions où les sénateurs auront droit à trois minutes chacun. Nous allons devoir faire respecter le temps imparti.

[*Français*]

Nous commençons par la sénatrice Mégie.

**L'hon. Marie-Françoise Mégie:** Je vous remercie, monsieur le président.

Je remercie également les témoins d'être avec nous.

Ma question s'adresse à la Dre Grou.

Docteure Grou, vous avez dit que vous étiez d'accord sur l'idée de ne pas inclure de nouvelles balises pour les personnes dont le trouble mental est la seule raison invoquée pour demander l'AMM. Vous avez aussi dit que les mêmes balises peuvent être utilisées, mais qu'il faut bien les gérer.

Avez-vous un exemple de dérive qui aurait pu survenir relativement aux balises?

Je vous pose tout de suite une deuxième question parce que je dispose de seulement trois minutes. Vous pourrez ainsi organiser vos réponses en conséquence.

Que pourriez-vous nous proposer, sur le plan réglementaire, pour guider les évaluateurs de l'AMM dans le cas des personnes ayant un trouble mental?

**Mme Christine Grou:** Pour ce qui est des balises, en fait, la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie du Québec estime que les balises sont adéquates, effectivement, si elles sont correctement interprétées. En ce qui concerne l'opérationnalisation, nous avons présenté une série de recommandations parce que c'est là qu'il y a beaucoup à faire.

Il est toutefois certain qu'il faut être très minutieux au moment d'évaluer les antécédents personnels du patient, surtout quand il s'agit d'évaluer la probable irréversibilité du trouble mental. Il est extrêmement important de prendre le temps de le faire, avec le patient et avec sa famille. Il faut faire l'historique des traitements, des résultats obtenus et des périodes de rémission. Il faut déterminer, par exemple, combien de temps ont duré les rémissions.

Il faut essayer d'établir une espèce de parcours de la douleur ou de l'intensité de la douleur, même si cela est subjectif. Il est important de pouvoir estimer l'intensité et la permanence de la souffrance ressentie. Par ailleurs, l'autre chose qui est absolument fondamentale, c'est de s'assurer, en tant que société, de l'accès aux services et de veiller à ce que cet accès ne soit pas à géométrie variable selon les régions. Il faut s'assurer aussi de la qualité des services.

Les balises prévoient les services de professionnels compétents, qui vont informer la personne non seulement de son ou ses problèmes de santé — parce qu'ils sont souvent multiples —, mais aussi des possibilités de traitement qui sont à sa portée.

La marche à suivre prévoit aussi une période de réflexion. Le consentement est un processus. En santé mentale, nous avons justement le temps, dans un tel contexte, de pouvoir bien faire les choses. Il nous faut examiner l'ensemble des balises. Il faut faire appel à des professionnels compétents pour obtenir une évaluation adéquate.

Puisque les patients ambivalents ne sont pas admissibles, il faut aussi s'assurer de la persistance de la personne dans sa décision, et que celle-ci est en lien avec ses valeurs. Le désir de mort ne doit pas être une expression de la maladie ou de l'une de ses récurrences.

• (2020)

**Le coprésident (L'hon. Marc Garneau):** Je vous remercie beaucoup, docteur Grou.

Nous allons passer au sénateur Kutcher.

[Traduction]

**L'hon. Stanley Kutcher:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci à tous les témoins qui nous aident à progresser dans ces difficiles délibérations.

Mes questions sont pour M. Kelleher. J'en ai trois ou quatre, mais elles ne nécessitent que de très brèves réponses.

Vous êtes avec nous pour nous faire part de vos opinions d'expert concernant l'aide médicale à mourir. Dans vos observations, vous avez fait allusion à un cas au Canada.

Voici donc ma première question. Êtes-vous accrédité à titre d'évaluateur et de prestataire de l'aide médicale à mourir au Canada ou dans un autre pays?

**Dr Eric Kelleher:** Non, et en Irlande...

**L'hon. Stanley Kutcher:** Excellent.

J'aimerais aussi savoir à combien d'évaluations de demandes d'aide médicale à mourir vous avez participé, contribué ou assisté au Canada?

**Dr Eric Kelleher:** Je travaille en Irlande. Je ne travaille pas au Canada.

**L'hon. Stanley Kutcher:** Ça va. Je sais où vous travaillez. Merci.

**Dr Eric Kelleher:** Je n'ai jamais effectué d'évaluation pour l'aide médicale à mourir. Je ne suis pas accrédité et ce n'est pas quelque chose que je...

**L'hon. Stanley Kutcher:** D'accord. Connaissez-vous le protocole en usage au Canada pour l'aide médicale à mourir, et plus précisément la médication utilisée et son dosage, la séquence dans laquelle elle est administrée et la voie utilisée à cette fin?

**Dr Eric Kelleher:** J'ai lu à ce sujet et je peux effectivement comprendre certains des enjeux qui y sont associés.

**L'hon. Stanley Kutcher:** Pouvez-vous alors me dire quel est le dosage, de quels médicaments on se sert et dans quel ordre?

**Dr Eric Kelleher:** Je ne connais pas le dosage, mais je sais qu'on utilise habituellement certains barbitals.

**L'hon. Stanley Kutcher:** Avez-vous pu prendre connaissance de données canadiennes sur la prestation de l'aide médicale à mourir et sur l'expérience de ceux qui en bénéficient? Avez-vous des informations à ce sujet?

**Dr Eric Kelleher:** J'ai lu le protocole, mais je me préoccupe surtout...

**L'hon. Stanley Kutcher:** Compte tenu de tous ces éléments, je note que vous...

**M. Michael Barrett (Leeds—Grenville—Thousand Islands et Rideau Lakes, PCC):** J'invoque le Règlement, monsieur le président.

**L'hon. Stanley Kutcher:** ...indiquez dans votre rapport que :

...les techniques utilisées pour mettre fin aux jours du patient peuvent elles-mêmes lui causer des souffrances considérables et prolongées.

**Le coprésident (L'hon. Marc Garneau):** Un moment s'il vous plaît, sénateur Kutcher.

Nous écoutons votre rappel au Règlement, monsieur Barrett.

**M. Michael Barrett:** Merci, monsieur le président.

Je me demandais simplement si ce comité avait adopté des façons de faire semblables à celles d'autres comités où l'on accorde aux témoins un temps de réponse égal à celui utilisé pour poser la question. Je suis conscient que chacun dispose d'un temps limité, mais je ne pense pas que ce soit le genre de comité où des témoins experts peuvent répondre aux questions simplement par un oui ou par un non

**Le coprésident (L'hon. Marc Garneau):** Je crois que l'on est ici davantage du côté de l'argumentation. Il n'y a pas de règle prévoyant un temps égal pour les questions et les réponses. Ce sont des questions très précises et celui qui les pose peut très bien choisir dans certains cas de passer à sa question suivante.

Vous pouvez poursuivre, sénateur Kutcher.

**L'hon. Stanley Kutcher:** Vous écrivez dans votre rapport que :

...les techniques utilisées pour mettre fin aux jours du patient peuvent elles-mêmes lui causer des souffrances considérables et prolongées.

Pouvez-vous nous dire sur quelles données, dans le contexte canadien, vous fondez cette affirmation voulant qu'une personne bénéficiant de l'aide médicale à mourir se verra infliger, du fait même de cette aide médicale à mourir, des « souffrances considérables et prolongées »?

**Dr Eric Kelleher:** Pouvez-vous me dire quel document vous êtes en train de citer?

**L'hon. Stanley Kutcher:** C'est tiré du document qui nous a été fourni.

**Dr Eric Kelleher:** Je suis désolé, mais de quel document au juste parlez-vous? Je n'ai pas l'impression de connaître celui que vous venez de brandir.

**L'hon. Stanley Kutcher:** Nous en avons tous reçu un exemplaire. Il s'agit d'un exposé de principe du Collège des psychiatres d'Irlande sur le suicide médicalement assisté et l'euthanasie. On peut y lire qu'Eric Kelleher, psychiatre consultant de liaison, a déclaré...

**Dr Eric Kelleher:** Nous nous inquiétons du fait — comme on l'indique dans cet exposé de principe de notre collège — qu'en Irlande — et d'autres intervenants en ont traité précédemment — l'accès aux soins palliatifs est limité dans l'ensemble du pays. Comme je le disais, nous ne bénéficions pas d'un accès immédiat à des soins de fin de vie et à des soins palliatifs.

Je travaille comme psychiatre de liaison en collaboration avec nos collègues des soins palliatifs... Dans différentes régions de notre pays, il n'est pas facile pour les patients d'avoir accès à des soins en santé mentale. L'accès à tous les traitements offerts soulage la détresse des personnes en fin de vie souffrant d'une maladie en phase terminale. Notre collège est d'avis que des correctifs pourraient facilement être apportés à ce niveau.

De tels soins ne sont pas accessibles pour l'instant, et c'est ce qui nous préoccupe.

• (2025)

**Le coprésident (L'hon. Marc Garneau):** Merci, monsieur Kelleher.

Nous passons maintenant au sénateur Dalphond.

[Français]

**L'hon. Pierre Dalphond:** Je vous remercie, monsieur le président.

Ma question s'adressera à la Dre Grou, et peut-être aussi à la Dre Marleau.

Le Dr Brian Mishara, professeur à l'Université du Québec à Montréal et directeur du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie, a fait des études sur la pratique aux Pays-Bas. Il en a conclu que l'évaluation moyenne d'une personne qui demande l'aide médicale à mourir pour des raisons de troubles mentaux prenait 10 mois — un processus tout de même assez long — et qu'à peine 5 % des requêtes étaient accordées.

Docteur Grou, d'après ce que j'ai entendu tantôt, vous auriez vu, en 30 ans, deux cas répondant aux critères suggérés par le comité spécial qui a recommandé des lignes directrices.

Selon votre expérience de psychologue clinicienne et de présidente de l'Ordre des psychologues du Québec, êtes-vous d'avis que la tendance observée aux Pays-Bas serait probablement la même ici, au Canada?

**Mme Christine Grou:** J'ai toujours du mal à formuler une réponse hypothétique quand il n'y a pas de données.

Je peux parler de mon expérience clinique, par ailleurs. J'ai effectivement travaillé pendant 25 ans en psychiatrie et j'ai présidé le comité d'éthique.

En général, les patients qui ont des troubles mentaux veulent vivre, aller mieux et se rétablir. C'est le cas de la majorité des patients. La majorité des problèmes de santé se traitent, même ceux qui sont complexes ou réfractaires.

Dans ma vie, j'ai vu deux cas, dont l'un concernait un patient fermement déterminé à mettre fin à ses jours et qui demandait à mourir d'une façon humanitaire, parce qu'il n'était pas capable de vivre.

Vous savez, en psychiatrie, nous rencontrons parfois des gens dont la vie donne l'impression que toute la misère s'est jetée sur la personne. Quand je parle de misère, je parle de misère humaine, de traumatismes, de difficultés de vivre, de combats, de maladies, de manques de ressources, de pauvreté et d'isolement social.

Il y a des cas où tous ces éléments sont concentrés en une même personne. Cela se produit souvent dans des contextes de troubles mentaux graves. Je n'ai pas vu souvent des gens qui, spontanément, disaient avoir un désir de mort ou souhaiter la mort.

Prenons les critères d'admissibilité. Je pense sincèrement que rien n'est simple pour les soignants qui sont justement formés à traiter des problèmes de santé et à réadapter des patients.

Vous savez, en éthique, nous observons qu'il est beaucoup plus difficile de respecter la décision d'un patient lorsqu'elle choque nos valeurs, lorsqu'elle va à l'encontre de ce que nous voulons pour lui. Alors, quand nous offrons un traitement et que nous pensons qu'il va fonctionner, nous établissons une alliance thérapeutique et, en général, le patient le veut, parce qu'il veut aller mieux...

**Le coprésident (L'hon. Marc Garneau):** Docteur Grou, je suis désolé de devoir vous interrompre.

[Traduction]

C'est maintenant au tour de la sénatrice Martin pour les trois prochaines minutes.

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

Je remercie tous les témoins de leur comparution devant notre comité.

Ma première question est pour M. Henick.

Certains témoins ont fait valoir à ce comité qu'il était discriminatoire d'exclure les personnes dont le seul problème de santé est un trouble mental. Que pensez-vous d'une telle prise de position en votre qualité de défenseur des droits de ces personnes?

**M. Mark Henick:** Je pense que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sont déjà couramment victimes de discrimination. On enfreint sans cesse nos droits, et c'est ce qui est problématique. C'est ce qui peut nous amener à un point où nous avons l'impression que notre seule option est de demander l'aide médicale à mourir. Ce n'est pas d'hier que l'on porte atteinte aux droits des personnes souffrant de maladies mentales, une considération qui devrait, à mon avis, avoir préséance sur tout le reste.

• (2030)

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** Je vous remercie et je dois vous avouer que j'ai trouvé votre témoignage très poignant. Merci de la force et du courage dont vous faites montre, car cela nous permet à tous d'espérer en arriver à mieux composer avec les personnes souffrant de troubles mentaux.

Monsieur Kelleher, nous avons entendu toutes sortes de témoignages contradictoires quant à la possibilité de distinguer totalement l'aide médicale à mourir du suicide. Il est vraiment important pour nous de connaître la réponse à cette question. Pouvez-vous nous dire ce que vous en pensez?

**Dr Eric Kelleher:** On parle souvent de la différence qu'il peut y avoir entre un patient dépressif qui a des idées suicidaires et un autre qui demande l'aide médicale à mourir. Dans la pratique, il y a très peu d'éléments nous permettant d'établir une distinction entre ces deux situations. Il est très rare qu'un comportement suicidaire — qu'il mène ou non à la mort — ne s'accompagne pas d'une certaine planification. De fait, les tentatives de suicide plus impulsives sont associées à des patients dont l'état psychopathologique peut être moins grave. Les personnes qui font des tentatives de suicide planifiées sont plus souvent dépressives et désespérées que celles dont la tentative n'est pas préméditée.

Comme ma collègue, la Dre Nicolini, l'a souligné précédemment, le profil clinique semble être similaire pour l'aide médicale à mourir et le comportement suicidaire, comme en témoigne la forte prévalence des femmes se retrouvant dans ces deux situations. Il n'est donc pas certain qu'il soit possible d'établir une distinction nette entre la volonté de demander l'aide médicale à mourir et le fait d'avoir des pensées suicidaires, ce qui rend très problématique le recours à l'aide médicale à mourir dans les cas de troubles mentaux.

**La coprésidente (L'hon. Yonah Martin):** C'est exactement le temps que nous avons à consacrer à ce second groupe de témoins.

Nous voulons remercier encore une fois tous nos témoins de nous avoir fait bénéficier de leur expertise pour nous aider à y voir plus clair relativement à ces enjeux très délicats.

La séance est levée.

---









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

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

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

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

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

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

---

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

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

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

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

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

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

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

---

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